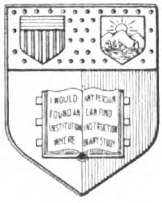
BJ
1
473
.14
915
pt.2

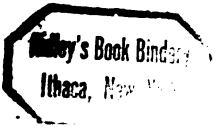
ANNEX
LIBRARY
B
7792



New York
State College of Agriculture
At Cornell University
Ithaca, N. Y.

Library

CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 069 294 340


Ithaca,

MONATSSCHRIFT

für

KINDERHEILKUNDE.

REFERATE.

Herausgegeben von

Czerny Berlin · **Göppert** Göttingen · **Knöpfelmacher** Wien · **Moro** Heidelberg · **Thiemich** Leipzig · **Tobler** Breslau · **Berend** Budapest

Comba Florenz · **Johannessen** Kristiania · **Koplik** New-York · **Marfan** Paris · **Sehkarin** St. Petersburg · **Thomson** Edinburg · **Wieland** Basel

Redigiert von

Dr. Arthur Keller-Berlin.

Band XIV.

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1916

RJ
1
473
K14
1915
pt. 2
149994

Verlags-Nr. 2273.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin · **Göppert** Göttingen · **Knöpfelmacher** Wien · **Moro** Heidelberg · **Thiemich** Leipzig · **Tobler** Breslau · **Berend** Budapest

Comba Florenz · **Johannessen** Kristiania · **Koplik** New-York · **Marfan** Paris · **Schkarin** St. Petersburg · **Thomson** Edinburg · **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 20.—.
Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 30.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XIV. Referate. Nr. 1.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

Hermann Brüning. *Experimentelle Studien über die Entwicklung neugeborener Tiere bei längerdauernder Trennung von der säugenden Mutter und nachheriger verschiedenartiger künstlicher Ernährung.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 65—85.)

Versuche an jungen Ratten ergaben, daß sie ziemlich langdauernde mit Nahrungsentziehung verbundene Trennung vom Muttertier aushielten. Doch war dieser Eingriff nicht bedeutungslos, da sie dauernd in der Entwicklung der Körpergröße und im Gewicht gegen normale Tiere rückständig blieben. Während einseitige Ernährung mit Eiweiß und Fett von jungen Ratten vertragen wurde, führte nach der Entwöhnung einseitige Kohlehydraternährung bei ihnen zu stetiger Gewichtsabnahme. Auch die hierin sich äußernde Schädigung ist tiefgreifender Art, da die Tiere späterhin auch bei Aufnahme von gemischtem Futter hinter Normaltieren zurückbleiben. Bei Ratten, die zunächst durch Hunger geschädigt, später mit eiweiß- und fettreicher Kost gefüttert waren, kam Auftreibung des Leibes und Haarausfall zur Beobachtung. Röntgenologisch nachweisbare Strukturveränderungen der Knochen waren nach den geschilderten Schädigungen durch unzweckmäßige Ernährung nicht nachweisbar. Die mit Kohlehydraten gefütterten Tiere hatten einen längeren Darm als die mit Eiweiß und Fett ernährten. Ein Einfluß der einseitigen Ernährung auf die Art der Darmbakterien ließ sich nicht feststellen. H. Vogt.

Behandlung und Pflege.

G. E. Weinländer. *Eine neue Methode der künstlichen Atmung.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 8, S. 179.)

Bei einem 13jährigen Kind mit einer Apoplexie konnte mittels eines neuen künstlichen Respirationsverfahrens durch 17 Stunden die Herzaktion in Gang erhalten werden. Die Methode, welche von einer einzigen Person mit Leichtigkeit ausgeführt werden kann, schildert Verf. folgendermaßen: „Der Patient liegt auf einem gewöhnlichen Tisch, und zwar so, daß sein Kopf über die Tischkante weit hinunterhängt. Der Operateur sitzt zu Häupten des Patienten, hat die im Schultergelenk extrem hintenüber gestreckten Arme in der Gegend des Ellbogengelenkes, gleichgültig, ob etwas ober- oder unterhalb desselben, ergriffen und drückt nun in etwas beschleunigterem Tempo, als der normalen Atmung entsprechen würde — etwa 40mal in der Minute — die Arme in der Richtung gegen die Protuberantia occipitalis externa des herabhängenden Kopfes von oben außen nach innen unten. Dadurch kommt ein maximaler Zug an den Musculi pectorales majores zustande, die ihrerseits den Zug auf die Rippen übertragen und so eine kräftige Inspiration hervorrufen. Die Exspiration wird nicht durch Zusammenpressen des Thorax erzeugt, sondern einzig und allein durch die Elastizität des Thorax." Zur Behebung der Asphyxie der Neugeborenen ist die Methode nach Ansicht des Verf. nicht geeignet; ihr Hauptindikationsgebiet sind jene Fälle, wo es darauf ankommt, ohne sachkundige Assistenz mit möglichst geringem Kraftaufwande durch lange Zeit die Atmung zu unterhalten. Reuß (Wien).

Pharmakologie und Toxikologie.

F. Göppert. *Die therapeutische Verwendung der Kalksalze.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 24.)

Bei der Rachitis der Brustkinder könnte — nach Ansicht des Verf. — eine Kalkzulage geeignet sein, z. B. 10 bis 15 g. Plasmon oder Larosan, in Schleim, auf 1 bis 2 Mahlzeiten verteilt. Im Heilungsstadium der künstlich genährten Rachitiker mag Tricalcol, 4·0 pro die, Ca lact. 5% 5mal täglich 10 bis 40 g verwendet werden. Natürlich kommt der Diätregelung der Hauptwert zu.

Bei Meläna neonatorum, Purpura Henoch empfiehlt sich Injektion von Calcine (Merck), eine 5%ige $CaCl_2$-Gelatinelösung, 3 bis 5 cm^3. Ferner bei Neugeborenen zweistündlich 0·5 Ca acetic. oder 1·0 Ca chlor. crist. (beide Mittel in 5 bis 10%iger Lösung; nachdem 3 bis 4 g einverleibt sind, nur noch 3- bis 4stündlich. Daneben Injektion von Pferdeserum).

Eine Einwirkung auf akuten Schnupfen mit Hilfe der Kalksalze ist Göppert nicht gelungen; ebensowenig wie auf die Serumkrankheit.

Auch bei nässenden Formen des konstitutionellen Säuglingsekzems hatte die extreme Medikation von Kalk wenig Nutzen.

Extern erweist sich eine Kalkwasserzinkpaste: Aq. calcis 20·0, Zinc. oxyd. 10·0, Adip. lanae ad 50·0 als vorteilhaft.

Bei Bronchialasthma sollte man sich vor Gaben, die der einjährige Säugling verträgt (z. B. 2stündlich 1 bis 2 g Ca chlor. crist.), nicht scheuen.

Bei Bronchitis spastica der Säuglinge und jüngeren Kinder ist die Kalktherapie anfangs nicht am Platze, sondern Chloral (0·5 bis 0·8 pro Klysma) und bei gleichzeitigen schweren Lungenkomplikationen große Gaben Urethan. Erst dann bei gleichzeitig spasmophilen Kindern Kalktherapie, die aber nicht absolut verläßlich ist.

Am besten durchprobt ist die Kalktherapie bei Spasmophilie. Bei Erscheinungen manifester Tetanie erst 2-, dann 3stündlich Ca chlor. crist. $1^1/_2$ bis 2 g. In den ersten 24 Stunden also 8 bis 14 g insgesamt. Die Wirkung dieser „heroischen" Dosen ist eklatant und ihre Anwendung auch beim zartesten Säugling absolut ungefährlich.

Die Fortdauer der günstigen Wirkung wird durch 6mal täglich 1·5 Ca chlor. crist. erreicht. Am 4. Tage gibt man es nur 5mal, und einen um den anderen Tag langsam weniger, bis am 8. Tage 5 bis 6 g Ca chlor. crist. erreicht wird. Dann weiteres Fallen bis auf 4 g, das dauernd weitergegeben wird. Erlebt man bei diesem Modus Rezidive, dann gebe man 3mal 2stündlich die erste große Dose wieder und fange mit den 4stündlichen Gaben des zweiten Tages wieder an. Der Hauptvorteil der Kalktherapie liegt darin, daß man vom ersten Tage ab diejenige Form der Ernährung einleiten kann, welche indiziert erscheint. Die Kalktherapie heilt nicht, sie schaltet die Spasmophilie nur aus.

Der gräßliche Geschmack des Ca chlor. wird durch folgende Mixtur gemildert: Liq. ammon. anis. 2·0, gummiarab. 3·0, Solut. Ca chlor. crist. (30·0) 250·0 Sirup. ad 300·0. Oder man setzt den Kalk der Milch, der Mittagssuppe zu. Man gebe dann am 1. Tage 7 kleinere Mahlzeiten, am 2. und 3. Tage 6 und dann erst 5. Ca lact. ist nicht zuverlässig in der Wirkung und fällt in 10%iger Lösung in der Kälte aus, daher 5% zu verschreiben sind, wenn man die 10% nicht anwärmen und durchschütteln will. Meteorismus und Erbrechen sind sehr selten.

Jede manifeste Tetanie, eklamptische Kinder oder solche mit Laryngospasmus erhalten anfänglich ein Chloralklysma.

Bei allen Fällen akuter ernster Spasmophilie ist die Kalktherapie ein Fortschritt, auf den niemand verzichten wird, der diese Behandlung einmal versucht hat. Aus dieser Beschränkung auf die Spasmophilie ergibt sich die Wirkung des Kalkes, er ist unwirksam bei allen anderen Formen von Krämpfen usw.

Die massiven Kalkdosen wirken nach Göppert als Narkotikum.

Klotz.

G. Fendler und **W. Stüber.** *Über den Nachweis und die Bestimmung kleiner Mengen Jod in Ölen.* (Zeitschr. f. physiol. Chem., Bd. LXXXIX, S. 123.)

Verff. geben eine neue Methode zum Nachweis von Jod in Ölen an, mit dieser Methode fanden sie in 3 verschiedenen Sorten Lebertran 0·00099, 0·00075 und 0·00149% Jod. Orgler.

P. Rohmer. *Über Adrenalin-Pituitrinbehandlung.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 24.)

Auf der Matthesschen Klinik findet bei schwerer infektiöser Kreislaufschwäche (Pneumonie, Diphtherie, Typhus) eine Kombination von Adrenalin und Pituitrin subkutan Verwendung. Jüngere Kinder erhalten 0·5 cm^3 des käuflichen Nebennierenpräparates in $1‰$iger Lösung und 0·25 cm^3 des analogen Hypophysenpräparates gleichzeitig injiziert, ältere Kinder die doppelte Dosis. Anwendung 6stündlich, dazwischen erforderlichenfalls noch eine Kampfer- oder Koffeinspritze. Die Wirkungsdauer der Adrenalin-Pituitrininjektion ließ sich bei einem Kinde durch Puls- und Blutdruckkontrolle 6 bis 7 Stunden lang nachweisen. Klotz.

E. Popper. *Über die Verwendung des Papaverins in der Kinderbehandlung.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 14, S. 361.)

Popper empfiehlt das Papaverin als prompt wirkendes Mittel bei allen Formen des Erbrechens im Säuglingsalter. Er läßt es nur dann subkutan oder per Klysma geben, wenn es erbrochen wird, sonst per os: 3- bis 5mal täglich 0·005 bis 0·01 g oder 1 bis 2 Kaffeelöffel einer 0·1%igen Lösung vor dem Trinken (eventuell die Dosis steigern.) Über die Wirkung des Pepsins beim Pylorospasmus fehlen dem Verf. eigene Erfahrungen. Auch beim Keuchhusten wurde das Mittel mit gutem Erfolg angewendet. Dosierung: 2stündlich einer 0·2 bis 0·3%igen Lösung. Reuß (Wien).

E. Friedberger und **E. Mironesch.** *Eine neue Methode, Vakzine ohne Zusatz von Desinfizientien keimfrei zu machen.* 2. Mitt. *Über die Wirkung der ultravioletten Strahlen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 24, S. 1203.)

Es gelang in allen Fällen, die Begleitbakterien und auch zugesetztes Sporenmaterial durch Bestrahlung mit der Kromayerlampe sicher zu vernichten, ohne das Vakzinevirus zu schädigen.

Nagel-Hoffmann.

Rudolf Fischl. *Experimentelle Untersuchungen zur Analyse der Thymusextraktwirkung.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 385—415 und 589—626.)

Die Wirkung der Infusion von Thymusextrakten auf Kaninchen ist außerordentlich ungleichmäßig. Wo eine ausgesprochene Wirkung eintritt, beruht sie auf der intravitalen Gerinnung des Blutes im Herzen und in den großen Gefäßstämmen. Extrakte,

die keine Gerinnung hervorrufen, wirken nur in so großen Mengen tödlich, daß von einer spezifischen Wirkung keine Rede mehr sein kann. Im Tierversuch wirksame Extrakte beschleunigen auch die Gerinnung des Blutes außerhalb des Gefäßsystems, wozu unwirksame Extrakte nicht imstande sind. Die Wirkung der Thymusextrakte ist nicht an die Zellen gebunden. Rinden- und Markextrakte unterscheiden sich nicht in der Wirksamkeit. Filtration der Extrakte durch Tonkerzen hebt ihre Wirkung auf, während Kochen sie nicht wesentlich beeinträchtigt. Eine spezifische Wirkung auf den Blutdruck, die Herzaktion oder die Atmung kommt den Thymusextrakten nicht zu; ihre Wirkung entspricht derjenigen der verschiedensten Organauszüge. Die Lehre von der Hyperthymisation entbehrt bisher einer experimentellen Grundlage. H. Vogt.

Bakteriologie.

Sakae Tamura. *Zur Chemie der Bakterien. III. Über die chemische Zusammensetzung der Diphtheriebazillen.* (Zeitschr. f. physiol. Chem., Bd. LXXXIX, S. 289, 1914.)

Im Alkoholextrakt der Diphtheriebazillen wurde ein Monoaminomonophosphatid gefunden; die mit Äther und Alkohol extrahierten Bazillen sind nach dem Gramschen Verfahren leichter durch Alkohol zu entfärben als die nicht behandelten, die im Alkohol-Ätherextrakt vorhandene lipoide Substanz ist nach Gram färbbar und die Gramfärbung scheint auf der Anwesenheit dieser Substanz zu beruhen. Orgler.

Sakae Tamura. *Zur Chemie der Bakterien. IV. Zur Kenntnis der in den Bakterien enthaltenen Kohlehydrate.* (Zeitschr. f. physiol. Chem., Bd. LXXXIX, S. 304, 1914.)

Diphtheriebazillen, Tuberkelbazillen und Mykobakterium lacticola enthalten l-Arabinose, und zwar teilweise als Araban.

Orgler.

Busson, Kirschbaum und **Staniek.** *Über einen Befund von Diplococcus lanceolatus in Pemphigusblasen.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 16, S. 462.)

Bakteriologisch eingehend untersuchter Fall von Pemphigus acutus bei einem 8jährigen Mädchen in der vierten Woche einer Scharlacherkrankung; wahrscheinlich vom Rachen ausgehende Pneumokokkeninfektion. Reuß (Wien).

G. Seiffert (München). *Zur Nachprüfung der Reinzüchtung des Pockenerregers.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 25, S. 1259.)

Weder mikroskopisch, kulturell noch durch den biologischen Versuch konnte ein Nachweis geliefert werden, daß es sich bei den

Fornetschen Kulturen um eine Fortzüchtung des Vakzineerregers handelte. Nagel-Hoffmann.

Serologie und Immunitätslehre.

David Murray Cowie. *Studien über die Inkubationszeit. 1. Serumkrankheit.* (Americ. Journ. dis. of childr., Bd. I, S. 253—291.)

An Kindern und Erwachsenen, die eine einmalige prophylaktische Injektion von Diphtherieserum erhalten hatten, wurde täglich eine Intrakutanimpfung mit Serum vorgenommen, um den Zeitpunkt des Eintretens der Überempfindlichkeit festzustellen. Die Reaktion trat unter 18 Fällen, die so verfolgt wurden, 1 mal am 4. Tage, 7 mal am 5. Tage, 1 mal am 6., 5 mal am 7., 1 mal am 9., 2 mal am 10. Tage auf. In einem Falle war bei 13 Tage fortgesetzter Beobachtung keine Reaktion eingetreten, wohl aber erwies er sich als überempfindlich bei Prüfung am 41. Tage. Sämtliche Fälle, bei denen durch die Intrakutanimpfung eine Reaktion an der Stelle der ersten Injektion ausgelöst wurde, wiesen starke Intrakutanreaktion auf. Eine 7 Jahre nach der ersten Seruminjektion geprüfte Erwachsene zeigte eine sofortige Reaktion in Gestalt von Erythem, Infiltration und Schwellung sowie am 4. Tage eine beschleunigte Doppelreaktion, bestehend in heftigem Zuckreiz, Erythem, Schwellung und Urtikaria am Orte der Intrakutanimpfung. Zwischen der Serumkrankheit und der Kutanreaktion besteht nur ein quantitativer Unterschied. Sehr kleine Mengen Serum genügten zur Auslösung von Überempfindlichkeit. Durch Impfung eines stark überempfindlichen Kindes mit dem Blutserum eines mit Serum behandelten noch nicht empfindlichen ließ sich zeigen, daß der die Reaktion auslösende Bestandteil des Serums mindestens 48 Stunden nach der Injektion in der Blutbahn verbleibt. Die Injektion von fremdem Serum löst in der Inkubationszeit Veränderungen aus, die sich in 3 Stadien abspielen. Die erste präallergische Periode hängt von der Natur des Allergins ab und beträgt beim Pferdeserum 4 bis 5 Tage, für Kuhpockenvakzine nur bis zu 24 Stunden, für Tuberkulin mehrere Tage. Während dieses Zeitraumes wird das fremde Serum anscheinend aufgespalten. Das allergische Stadium reicht bis zum Auftreten der charakteristischen Hauterscheinungen, mit dem das hyperallergische Stadium beginnt. H. Vogt.

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

E. Slüka und **B. Sperk.** *Über die Erfolge der Eiweißmilchernährung im Hause und im Spital.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 24, S. 833.)

Nachdem in der Fürsorgestelle des Vereines „Säuglingsschutz" in Wien durch eine „künstliche Massenernährung" mit zwei Dritteln Milch und Nährzuckerzusatz ein ausgezeichnetes Resultat erzielt

worden war (Mortalität bloß 5%!), gingen die Verf. daran, eine „Massenbehandlung der Ernährungsstörungen" in schematischer Weise zu erproben. Sie erzielten bei Abgabe von Eiweißmilch mit entsprechendem Nährzuckerzusatz — aus der Originalkonserve hergestellte — ausgezeichnete Erfolge, welche die der Säuglingsabteilung im Spital weitaus übertrafen. Sie führen die besseren Erfolge im ambulatorischen Betrieb hauptsächlich auf die individuelle Wartung und die geringere Infektionsmöglichkeit sowie auf den reichlicheren Licht- und Luftgenuß zurück. (Nach Ansicht des Ref. spielt wohl auch die Verschiedenheit des Materials eine nicht zu unterschätzende Rolle; die Abteilungskinder sind, wenn sie der diätetischen Behandlung zugeführt werden, durchschnittlich viel schwerer geschädigt als die unter Beobachtung stehenden, rationell ernährten Säuglinge in der Fürsorgestelle!)

Sehr beherzigenswert ist der Vorschlag, anstatt großer Säuglingsspitäler Säuglingsambulanzen zu errichten, welche je einer (nur für schwere Fälle bestimmten) Spitalsabteilung und einer diätetischen Milchküche anzugliedern wären. „Ein derartiger Betrieb wäre einfach, übersichtlich, hätte Aussicht auf Erfolg und käme entschieden billiger als große Säuglingsspitäler mit ihren hohen Erhaltungskosten." Reuß (Wien).

A. Lichtenstein. *Om uppfödning af sjuka späda barn med s. k. äggh vitemjölk.* (Über Ernährung kranker Säuglinge mit sogenannter Eiweißmilch.) (Hygiea, Bd. LXXVI, H. 1, S. 17, 1914.)

Ausführlicher Bericht über 50 Fälle von fast ausschließlich schweren Ernährungsstörungen, die mit Eiweißmilch behandelt wurden. Die Dosierung geschah nach den Finkelstein-Meyerschen Vorschriften mit Zusatz von 2 bis 3% Kohlehydrat (Loefflunds Nährmaltose) von Anfang an, später bis 5 (6 bis 7%) und eventuell 1 bis 2% Mehl steigend. Verf. rühmt die Resultate und sieht in der Eiweißmilch einen bestimmten therapeutisch-diätetischen Fortschritt. Der Erfolg was größtenteils sehr gut, sowohl bei chronischen wie akuten Ernährungsstörungen. Auch bei Ernährungsstörungen infolge parenteraler Infektionen hat sich die Eiweißmilch im allgemeinen gut bewährt. Mit steigendem Vertrauen zu dem Präparat und größerer Handhabung desselben sind die Erfolge immer besser geworden. Eine Indikation für Eiweißmilchtherapie sieht Verf. nicht nur bei Fällen von Ernährungsstörungen mit Diarrhöe, sondern überhaupt in Fällen, wo andere artifizielle Ernährung ohne Erfolg versucht worden ist. Die Entwöhnung geschah in mehreren, hauptsächlich akuten Fällen mit Erfolg schon nach 2 bis 3 Wochen. In schwereren chronischen Fällen wurde Eiweißmilch längere Zeit, bis 3 Monate gegeben. Wernstedt (Malmö).

Weih. *Erfahrungen mit Tricalcolmilch beim kranken Säugling.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 30.)

Tricalcol ist ein Pulver, welches u. a. zirka 20% Trikalziumphosphat und 10·5% Stickstoff enthält. Durch Zusatz zu Milch-

wasserverdünnungen wird ein Ersatz der Eiweißmilch erstrebt. Verf. ist der Ansicht, es mit dem Larosan auf eine Stufe zu stellen. Der Preis ist jedoch wesentlich höher. Bei schwer ernährungsgestörten Kindern, besonders in den ersten Lebensmonaten, versagt es teilweise. Klotz.

E. Moro. *Über den Einfluß der Molke auf das Darmepithel.* 1. Mitt. (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 645—663.)

Empfindlich reagierende junge Säuglinge nahmen an Gewicht zu bei Ernährung mit ausgelabtem Kuhkasein und Kuhmilchfett, die in Molke aus Frauenmilch aufgeschwemmt waren, während die Zunahme ausblieb oder Abnahme erfolgte, wenn an die Stelle der Frauenmilchmolke solche aus Kuhmilch trat. Das spricht für eine Schädigung des Epithels durch die artfremde Molke. Es gelang nicht, mit Hilfe der vitalen Färbung eine verschiedene Lebensdauer der in den beiden Molkenarten aufgeschwemmten Darmepithelien zu erweisen. Dagegen hatten die mit der arteigenen Molke zusammengebrachten Rinderdarmepithelien einen lebhafteren Sauerstoffverbrauch als bei Gegenwart von artfremder Molke. H. Vogt.

H. Hahn und **E. Moro.** *Über den Einfluß der Molke auf das Darmepithel.* 2. Mitt. *Zur Frage nach der Artspezifität der Molkenwirkung auf Darmzellen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 664—673.)

Während Darmepithelien vom Rinde in arteigener Molke einen viel lebhafteren Sauerstoffverbrauch aufwiesen als bei Gegenwart von Molke aus Frauenmilch, läßt sich diese Überlegenheit der arteigenen Molke zwar auch in anderen Fällen, aber nicht durchgehends erweisen. So fehlt sie z. B., wenn das Verhalten der Epithelien des Schweinsdarmes gegen Kuhmilchmolke und arteigene Molke verglichen wird. Ebenso ließen die Beobachtungen an menschlichem Darmepithel keine verschiedene Einwirkung arteigener und artfremder Molke erkennen. Nur das Darmepithel von Frühgeburten und von neugeborenen Kindern erwies sich als empfindlich gegen artfremde Molke. Eine entsprechende Empfindlichkeit des Epithels von jungen Saugkälbern war nicht nachweisbar. H. Vogt.

Hayashi. *Über den Einfluß der Molke auf das Darmepithel.* 3. Mitt. *Kolostrumversuche.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 674.)

Mit der Warburgschen Methode der Messung der Zellatmung ließ sich keine Überlegenheit der Kolostralmolke über die gewöhnliche Molke für das Darmepithel neugeborener Kälber erweisen.

H. Vogt.

L. Klocmann und **E. Moro.** *Über den Einfluß der Molke auf das Darmepithel.* 4. Mitt. *Untersuchungen über die an der Verschiedenheit der Wirkung von Kuh- und Menschenmolke auf Kälberdarmzellen wesentlich beteiligten Faktoren.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 676—684.)

Die verschiedenartige Wirkung, welche Molke aus Frauen- oder Kuhmilch auf den Sauerstoffverbrauch von Rinderdarmepithelien ausübt, ist nicht an die Eiweißkörper gebunden und wird durch Erhitzen nicht aufgehoben. Sie zeigt eine Abhängigkeit von der Salzkonzentration, deren Optimum in der genuinen Molke verwirklicht ist. Doch zeigt sich ein Unterschied auch noch dann, wenn die beiden Molkenarten durch Dialyse von der Hauptmenge der Salze befreit sind. Als Träger der Wirkung könnten Lipoidsubstanzen in Frage kommen. H. Vogt.

E. Freudenberg und **G. Schofmann.** *Über den Einfluß der Molke auf das Darmepithel.* 5. Mitt. *Resorptionsversuche am überlebenden Kälberdarm.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 685—699.)

In vergleichenden Versuchen prüften die Verff. das Resorptionsvermögen von Stücken Kälberdarmes, die teils in Molke aus Frauenmilch, teils in solcher aus Kuhmilch suspendiert waren. Dabei zeigte sich, daß die Molke aus Frauenmilch den Kälberdarm ungünstig beeinflußte. Die schädigende Wirkung haftete anscheinend den Eiweißkörpern der Molke an, da sie bei verdauter Molke fehlte und durch Enteiweißung zu beseitigen war. H. Vogt.

H. Schelble (Bremen). *Über die Ernährungsstörungen der Säuglinge.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 22, S. 1114.)

Fortbildungsvortrag. Nagel-Hoffmann.

Tobler (Breslau). *Die Behandlung des Erbrechens im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 21, S. 1041.)

Ausführliche Besprechung der Therapie beim symptomatischen habituellen und periodischen Erbrechen der Säuglinge und größeren Kinder. Nagel-Hoffmann.

Georg Hilliger. *Über periodisches Erbrechen mit Azetonämie.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 1—20.)

An einem Kinde, das an sogenanntem periodischem Erbrechen mit Azetonämie litt, ergab die Beobachtung, daß die Anfälle ausgesprochen von der Kohlehydratzufuhr mit der Nahrung abhängig waren. Durch Einschränkung der Kohlehydrate wurde ein Anfall ausgelöst, obwohl die Nahrung noch 75 g Kohlehydrate enthielt. Gleichzeitig kam es zu erheblicher Steigerung der Azetonausscheidung durch den Harn. Zulage von Fett zu einer sonst normalen Kost hatte keine Erhöhung der Azetonausscheidung zur Folge. Bemerkenswert ist, daß mit der Azetonausscheidung im Harn auch dessen Gehalt an Aminosäuren stieg oder fiel. An den Tagen, wo die Beschränkung der Kohlehydratzufuhr mit der Nahrung zu Erbrechen und vermehrter Azetonausscheidung führte, zeigte sich der Gehalt des Blutes an Zucker auf die Hälfte der Norm herabgesetzt. Das liegt anscheinend daran, daß der Mechanismus, der unter normalen Verhältnissen den Zuckergehalt des Blutes regelt, bei diesen Fällen Störungen ausgesetzt ist. H. Vogt.

H. Schelble. *Zur enteralen Infektion im Säuglingsalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 507—517,)

Von 20 in einem Säuglingsheim untergebrachten Säuglingen erkrankten 16 und außerdem noch ein 15 Monate altes Kind zur gleichen Zeit an Durchfall mit mehr oder weniger starken Krankheitserscheinungen, wie Blässe, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust usw. Kinder, die nicht mit Milch ernährt wurden, blieben von der Erkrankung verschont. Ob es sich um zersetzte oder um bakterienhaltige Milch gehandelt hat, ließ sich nicht feststellen. H. Vogt.

Barbier et Cléret. *L'atrophie des nourrissons et les lésions congénitales du foie des nouveau-nés.* (Arch. de med. des enf., Bd. XVII, H. 6, p. 401.)

Im Gegensatze zu den erworbenen Atrophien sind die auf hereditären Schädigungen beruhenden schwerer und therapeutisch weniger zu beeinflussen. Alle zur letzteren Gruppe gehörigen Kinder zeigen als Hauptcharakteristikum eine Intoleranz gegen Kuhmilch, eine mehr oder weniger große Unfähigkeit, artfremdes Eiweiß zu verdauen und sie reagieren auf dasselbe mit anaphylaktischen Erscheinungen. Wahrscheinlich spielen Leberschädigungen eine wichtige Rolle in der Entstehung der Atrophie, wenngleich sicher auch andere Organsysteme gleichartige Schädigungen aufweisen. Die vorliegenden Untersuchungen erstrecken sich auf die Lebern hereditär-syphilitischer, tuberkulöser und alkoholischer Atrophiker. An Lues und Tuberkulose erkrankte Kinder sind nicht mit einbegriffen. Die Veränderungen der Leber sind älteren Datums, als daß man sie für sekundär, durch Magen-Darmerkrankungen bedingt halten könnte. Die so häufigen Magen-Darmaffektionen dieser Kinder werden vielmehr als eine Folge der Lebererkrankung angesehen.

Bei 5 hereditär-syphilitischen Kindern bestand eine periportale Zirrhose und Verdickung der Glissonschen Kapsel. Die Proliferation des Bindegewebes erstreckt sich vielfach zwischen die Lebertrabekel und einzelnen Zellen. Letztere selbst waren intakt. Um die Venen oder auch im Leberparenchym fand man manchmal Leukozyteninfiltrate. — 2 hereditär-tuberkulöse Kinder zeigten eine Sklerose der Leber von gleichem Charakter, während bei 2 anderen die Sklerose mit Fettdegeneration der Leberzellen verbunden war. — Der letzte Fall betrifft das Kind eines Trinkers. Die Leber zeigte eine hochgradige Fettdegeneration und eine leichte frische Sklerose.

Thorspecken (Badenweiler).

Carretier. *Entérite aiguë et hémiplégie.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVII, H. 6, p. 445.)

Aphoristische Mitteilung einiger Fälle von Hemiplegie im Verlaufe einer akuten Enteritis. Thorspecken (Badenweiler).

L. Nicolaysen. *Sommerdödelighet blandt spaedbarn i Kristiania.* (Sommersterblichkeit der Säuglinge in Kristiania.) (Norsk. Mag. f. Lägevidensk., Jahrg. LXXV, H. 1, S. 1, 1914.)

Das Prozent der an Diarrhöe in Kristiania gestorbenen Säuglinge ist in den Jahren 1902 bis 1913 erheblich gesunken im Vergleich

zu den Jahren 1886 bis 1901. Wenn auch die allermeisten diesbezüglichen Todesfälle während der Sommermonate eintrafen, gab die nähere Untersuchung doch keine Stützpunkte dafür, daß die ursächliche Rolle in einer direkten Wirkung der Temperaturerhöhung auf das Kind zu suchen war. Es stellte sich heraus, daß die Todesfälle in verschiedenen Jahren im großen und ganzen verschiedene Straßen betrafen. Traten mehrere Todesfälle in einem und demselben Hause auf, so war es fast immer in demselben Jahre. Traten aber Fälle auf derselben Straße in verschiedenen Sommern auf, so wurden in der Regel verschiedene Häuser heimgesucht. Eine nähere Untersuchung von 6 besonders heimgesuchten Häusern zeigte in betreff eines Hauses gute Bedingungen für das Eintreten einer Überhitzung der Wohnungszimmer. Ein Haus war in dieser Beziehung ziemlich günstig situiert. 4 Häuser waren gut oder sogar sehr gut gelüftet und boten gar keine günstigen Bedingungen für das Auftreten einer Überhitzung. Obengenannte Verhältnisse sind nicht geeignet die Ansicht zu stützen, die in der Überhitzung die wichtigste Ursache für das Auftreten der Sommerdiarrhöen sieht. Sie sprechen vielmehr für ein infektiöses Moment. Verf. scheint in dieser Beziehung den Fliegen eine gewisse Rolle zuteilen zu wollen. Den großen Unterschied in den Mortalitätsverhältnissen zwischen den beiden obengenannten Zeitepochen ist der Verf. geneigt, wenigstens zum großen Teil in die verbesserten hygienischen Anordnungen der Stadt zu verlegen. Die neuen Vorschriften für die Behandlung der wirtschaftlichen Abfallprodukte, die seit 1898 gelten, haben die Zahl der Fliegen im Innern der Stadt erheblich reduziert. Wernstedt (Malmö).

A. Epstein (Prag). *Über den Sommerdurchfall des Säuglings und seine Ursachen.* (Beih. z. med. Klinik. 1913, H. 9.)

Worin die Einwirkung der Sommerhitze besteht, ist nach Epstein noch eine ungelöste Frage. Unzweckmäßig erscheint ihm die Zuspitzung des Problems auf die Frage, ob die Hitze direkt oder indirekt schädigt. Ganz aufzugeben ist der Gebrauch des Wortes Hitzschlag für die hier zur Diskussion stehenden Erscheinungen. Die hohe Sommertemperatur ist nur ein Faktor in der Reihe vieler anderer zusammenwirkender Ursachen.

Die Lektüre der Abhandlung wird ein förmlicher Genuß durch die bestimmte Diktion und die klare Betrachtungsweise, zu welcher den Autor ein Menschenalter an Erfahrung und eine beneidenswerte Literaturkenntnis berechtigen. Klotz.

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

Erich Müller und **Ernst Schloß.** *Die Versuche zur Anpassung der Kuhmilch an die Frauenmilch zu Zwecken der Säuglingsernährung.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 42—64.)

Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte der Bestrebungen, eine der Frauenmilch in der Zusammensetzung möglichst

nahekommende künstliche Nahrung herzustellen, geben die Verff. eine eingehende Kritik der Bahrdtschen Mitteilung über Ernährungserfolge mit der von Friedenthal angegebenen Milch. Die Analysen Bahrdts ergeben merkwürdige Unstimmigkeiten und von der erstrebten Korrelation der Salze kann nach seinen Analysen auch nicht gesprochen werden. Die von ihm angestellten Stoffwechselversuche sind ebenso wie die mitgeteilten klinischen Beobachtungen nicht ausreichend, um das günstige Urteil zu rechtfertigen, das er über die Erfolge bei der Verwendung der Friedenthalschen Milch zur Säuglingsernährung abgibt. H. Vogt.

S. Liwschiz. *Biologische Untersuchungen zur Kaseinfrage.* (Inaug.-Dissert., München, 1913.)

Verf. hat untersucht, ob es mit Hilfe von Präzipitationsversuchen, mit der anaphylaktischen Methode oder durch Komplementablenkung gelingt, zwischen Kasein und Parakasein zu unterscheiden. Während die beiden anderen Methoden keinerlei Unterscheidung zulassen, gelingt sie mit der Komplementablenkung, aber auch mit dieser nur unter bestimmten Bedingungen. Für die Entscheidung der Frage, ob im Säuglingsstuhl Kasein- oder Parakaseinreste enthalten sind, ist auch die Komplementablenkung nicht zu verwerten. Kaseinbröckel lassen sich auch im Stuhl gut gedeihender Säuglinge mit der Präzipitationsreaktion nachweisen. H. Vogt.

V. Wedemann. *Über die Schardingersche Formaldehyd-Methylenblau-Reaktion und einige andere Fermentreaktionen bei Ziegenmilch.* (Biochem. Zeitschr., Bd. LX, S. 330, 1914.)

Die Schardinger-Reaktion wird weder von roher Ziegenmilch noch von Ziegenmilchsahne gegeben; Ziegenmilch enthält nur geringe Mengen Katalase. Interessant ist es für den Kinderarzt zu erfahren, daß in der letzten Zeit von verschiedenen Seiten darauf aufmerksam gemacht wird, daß die Ziegenmilch wegen ihrer Zusammensetzung und infolge ihrer leichten Verdaulichkeit wohl geeignet ist, die menschliche Muttermilch bei der Säuglingsernährung zu ersetzen. Das Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus in Berlin zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche hat sich auch aus diesem Grunde entschlossen, Untersuchungen darüber anzustellen, inwieweit Ziegenmilch für künstlich ernährte Säuglinge Anwendnung finden kann. Es ist dem Verff., der anscheinend kein Kinderarzt ist, nicht zu verargen, daß er etwas enthusiastisch in der bereits für die unnatürliche Ernährung des Säuglings geprüften Ziegenmilch einen „Ersatz für die menschliche Muttermilch" sieht. Aber merkwürdig ist es, daß das K.-A.-V.-H. zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche Untersuchungen anstellt, inwieweit Ziegenmilch für künstlich ernährte Säuglinge Anwendung finden kann, da, wenn auch nicht in Berlin, so doch an anderen Orten bereits ausgiebige Erfahrungen über die klinische Verwendbarkeit der Ziegenmilch vorliegen. Berlin ist eben nicht die Welt. Orgler.

Stoffwechsel.

Francis G. Benedict und **Fritz B. Talbot.** *Untersuchungen über den Gasstoffwechsel des Säuglings.* (Americ. Journ. dis. of childr., Bd. VIII, S. 1—49.)

Die mit einem eigens konstruierten Apparat angestellten Untersuchungen der Verff. sind dadurch bemerkenswert, daß sie sich auf eine sehr große Zahl von Säuglingen erstrecken und auf den vollkommenen Ruhezustand besonders sorgfältig Rücksicht nehmen. Zu diesem Zwecke wurden die Erschütterungen der Unterlage, auf der das Kind ruhte, graphisch verzeichnet. Doch zeigte sich, daß die dabei erhaltenen Kurven kein so genaues Spiegelbild des Energieumsatzes ergaben, wie dies mit der Pulsfrequenz der Fall war. Aus ihrem umfangreichen Beobachtungsmaterial kommen die Verff. zu dem Schluß, daß der Energieumsatz des Säuglings nicht die bisher allgemein anerkannte gesetzmäßige Beziehung zur Körperoberfläche aufweist. Dagegen ergab sich, daß das Alter von Bedeutung ist. Von gleich langen und gleich schweren Kindern verschiedenen Alters hatte regelmäßig das ältere die größere Energieproduktion. Das deuten die Verff. so, daß die älteren Kinder auf die Einheit des Körpergewichtes verhältnismäßig mehr lebendes Protoplasma enthalten als die jüngeren. Das lebende Protoplasma, für das es uns an einem Maße fehlt, ist entscheidend für den Energieumsatz, nicht die Entwicklung der Körperoberfläche. H. Vogt.

Ernst Schloss und **Leonhard Frank.** *Trikalziumphosphat als Knochenbildner beim menschlichen Säugling.* (Biochem. Zeitschr., Bd. LX, S. 370, 1914.)

An 2 rachitischen Säuglingen wurde der Einfluß einer Zugabe von Trikalziumphosphat zur Nahrung unter gleichzeitiger Verabreichung von Phosphorlebertran studiert. In einem Falle bei Frauenmilchernährung wurde eine beträchtliche Erhöhung des Kalkansatzes unter diesen Verhältnissen erzielt; im zweiten Falle bei künstlicher Ernährung findet sich ebenfalls eine Besserung der Kalkretention, aber dieser Versuch ist nach Ansicht des Ref. nicht beweisend, da in der Kalkperiode auch der Kalkgehalt der Nahrung beträchtlich vermehrt ist und man die Besserung der Kalkbilanz sowohl auf die Vermehrung des Kalkes in der Nahrung als auch auf das zugegebene Trikalziumphosphat beziehen kann. Beziehungsweise der übrigen Befunde muß auf das Original verwiesen werden. Orgler.

R. Lawalschek. *Die enterale Resorption von genuinem Eiweiß bei Neugeborenen und darmkranken Säuglingen und ihre Verwendbarkeit als Funktionsprüfungsmethode.* (Prager med. Wochenschr. 1914, Nr. 16, S. 185.)

Die Versuche wurden in der Weise angestellt, daß der Harn von Kindern, welche Eiereiweiß (10 bis 15 g) dargereicht erhalten hatten, mit einem hochwertigen Kaninchenimmunserum auf die

Anwesenheit von Eiklarpräzipitin geprüft wurde. Es konnte festgestellt werden, daß Neugeborene bis über den 10. Lebenstag hinaus positiv reagieren, d. h. daß ihr Darm unter physiologischen Verhältnissen für artfremdes Eiweiß durchlässig ist. Mit zunehmendem Alter scheint die Resistenz der Magendarmwand allmählich zu wachsen. Bei leichteren Darmerkrankungen wurden meist nur an wenige Wochen alten Kindern positive Reaktionen gefunden, während schwere Darmstörungen auch noch im späteren Säuglingsalter positive Reaktionen zur Folge hatten. Zwischen der aus der Intensität der Reaktion abzuleitenden Größe der Darmdurchlässigkeit und dem Ausgang der Erkrankung scheint ein gewisser Parallelismus zu bestehen. Reuß (Wien).

Hans Schirokaner. *Der Zuckerstoffwechsel beim Lymphatismus der Kinder.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 581—588.)

Verf. untersuchte bei Kindern mit Drüsenschwellung am Halse und Vergrößerung der Tonsillen den Zuckergehalt des Blutes im nüchternen Zustande, zum Teil auch nach Aufnahme größerer Zuckermengen. Unter 5 Fällen fand sich 3mal eine Herabsetzung des Blutzuckergehaltes im Vergleich zu normalen Kindern. Die Aufnahme von größeren Mengen Traubenzucker, nicht so ausgesprochen die von Milchzucker, ließ eine gesteigerte Kohlehydrattoleranz erkennen, da es meist nur zu geringer Steigerung des Zuckergehaltes im Blute kam und auch eine Zuckerausscheidung im Harn meist ausblieb. Daraus schließt Verf. auf eine abnorm geringe Funktion des Adrenalinsystems bei Kindern mit den angegebenen Erscheinungen des Lymphatismus. H. Vogt.

Neugeborene.

Georg Benestad. *Wo liegt die Ursache zur „physiologischen" Gewichtsabnahme neugeborener Kinder?* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 21—41.)

Gestützt auf die ältere und neuere Literatur, zum Teil auch auf eigene Untersuchungen vertritt Verf. die Ansicht, daß die Gewichtsabnahme des neugeborenen Kindes Ausdruck einer Insuffizienz des Stoffwechsels, insbesondere des Wasserstoffwechsels ist. Beim reifen Kinde ist die Abnahme geringer und hält weniger lange an als beim unreifen Kinde. Daß es sich dabei nicht um eine einfache Beziehung zum höheren oder niedrigeren Körpergewicht handelt, geht daraus hervor, daß von den reifen Kindern die mit hohem Anfangsgewicht stärker abnehmen als die mit niedrigem Geburtsgewicht. Von Bedeutung für die Höhe des Gewichtsverlustes ist natürlich auch die Ergiebigkeit der Milchsekretion der Mutter. Doch gelingt es auch durch reichliche Milchzufuhr nicht, die Abnahme der neugeborenen Kinder zu verhüten. Der Vorgang der Geburt ist ohne Bedeutung für die Entstehung der sogenannten physiologischen Gewichtsabnahme. Die Insuffizienz in der Leistung der Verdauungsorgane zeigt sich auch

in der Zusammensetzung des Harnes der Neugeborenen, dem hohen Gehalt an Polypeptiden bei verhältnismäßig niedrigem Gehalt an Ammonaik und Aminosäuren, wie ihn die Untersuchungen von Simon gezeigt haben. H. Vogt.

J. Bondi. *Das Gewicht des Neugeborenen und die Ernährung der Mutter.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 1, S. 14.)

S. Peller. *Das Gewicht des Neugeborenen nach der sozialen Lage und dem Ernährungszustande der Mutter.* (Ebenda Nr. 13, S. 32.)

J. Bondi. *Zu Pellers Erwiderung.* (Ebenda Nr. 22, S. 75.)

Bondi hat in einer früheren Mitteilung (s. Referat Monatsschr., Bd. XII, S. 838) die Ansicht ausgesprochen, daß die Ernährung der Mutter auf das Kindergewicht im allgemeinen keinen Einfluß ausübt. Er wendet sich nun gegen die von Peller (Das österreichische Sanitätswesen 1913 [Beiheft]) aus vergleichenden statistischen Erhebungen gezogenen Schlüsse, welche ergaben, daß das durchschnittliche Geburtsgewicht der in einer geburtshilflichen Klinik geborenen Kinder nicht nur hinter dem der in einem Entbindungssanatorium geborenen Kinder der Wohlhabenden zurücksteht, sondern auch hinter dem der Kinder von klinischen „Hausschwangeren" (Frauen, welche 1 bis 4 Wochen vor der Entbindung aufgenommen werden). Die Zahlen dürften so zu erklären sein, daß im Sanatorium die schwierigen Geburten und damit die höheren Kindergewichte relativ prävalieren, und daß bei den Hausschwangerer dank körperlicher Ruhe der Geburtseintritt etwas hinausgeschoben und damit das Kindergewicht ein höheres wird. Peller hält gegenüber Bondis Einwänden an seiner früheren Ansicht fest, worauf Bondi erwidert, daß Pellers Statistik auf die von ihm aufgeworfene Frage keine Antwort geben könne. Reuß (Wien).

G. Benestad. *Ernaeringsforholdene hos nyfoedte.* (Die Ernährungsbedingungen der Neugeborenen.) (Norsk. Mag. f. Lägevidensk., Jahrg. LXXV, S. 774, 1914.)

Mit besonderem Nachdruck wird hervorgehoben, dem Kinde wenigstens nicht gleich nach der Geburt Tiermilch zu geben. Mit der kolostralen Milch wird dem Kinde in den ersten Tagen eine Nahrung zugeführt, die Nahrungsstoffe enthält, die denjenigen, die im Blute der Mutter zirkulieren, viel näher stehen als die Stoffe der späteren Milch. Es wird demnach die Ernährung mit dem Kolostrum viel weniger die Stoffwechselkraft des Kindes in Anspruch nehmen als diejenige mit der später abgesonderten Milch. Die Fütterung bei der Brust während der kolostralen Periode ist demnach von ganz hervorragender Bedeutung für das ganz neugeborene Kind mit seinem labilen Stoffwechsel. Wernstedt (Malmö).

Elis Lövegren. *Weitere Blutbefunde bei Melaena neonatorum.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 708—715.)

Verf. erhob bei einem Neugeborenen, das am Ende des zweiten Lebenstages starke Darmblutungen aufwies, den Befund einer stark

verlangsamten Blutgerinnung, sowie des Fehlens der Rollenbildung der roten Blutkörkerchen, die frühzeitig Stichapfelformen bildeten und sehr verschieden groß waren. Der Fall machte einen bedrohlichen Eindruck, ging aber nach subkutaner Gelatineinjektion in Heilung aus. In einem zweiten leichten Fall, der bei abwartender Behandlung günstig ausging, waren entsprechende Veränderungen im Verhalten des Blutes nicht zu beobachten. H. Vogt.

W. Lutz. *Zur Lehre der allgemeinen Wassersucht des Neugeborenen.* (A. d. pathol.-anat. Institut Basel.) (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Nr. 11.)

Verf. gibt den genauen Bericht der Sektion und der mikroskopischen Organuntersuchungen einer stark ödematösen Totgeburt. Die Mutter hatte ebenfalls starke Ödeme und $^1/_2\%_{00}$ Eiweiß kurz vor der Geburt, war aber sonst gesund. Bei dem rechtzeitig spontan geborenen Knaben fand sich außer dem allgemeinen Ödem der Haut, des subkutanen Gewebes und der Muskulatur auch Aszites, Hydroperikard, Hydrozele, totale Lungenatelektase, Struma neonati und Hydrops vesicae felleae. Mikroskopisch zeigten die Organe eine sehr starke Anhäufung von Zellen, die hauptsächlich dem erythroblastischen und dem myeloiden System angehören. Besonders ist die starke Anhäufung der Zellen im Gewebe und in den Gefäßen der Thymus und in den Gefäßen der Thymus und in den rektalen Blutgefäßen hervorzuheben.

Die Bilder, besonders diejenigen der Plazenta mit ihren erweiterten und stark mit Zellen erfüllten Gefäßen erinnern an Befunde bei myeloischer Leukämie. Verf. möchte eine leukämische Alteration nicht von der Hand weisen, aber mit bestimmter, wohl dem Fötus spezifischer Mitbeteiligung der erythroblastischen Komponente.

Verf. unterscheidet 2 Hauptgruppen beim Ödem der Neugeborenen, diejenige mit schweren, der Leukämie zuzurechnenden Blutalterationen, wie im vorliegenden Falle und diejenige ohne schwere Blutalterationen, wie in dem von Ludwig aus dem gleichen Institut veröffentlichten Falle (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte 1912, Nr. 25). E. Burckhardt (Basel).

Konstitution und Diathese.

H. Pässler. *Sind die sogenannten Diathesen Konstitutionsanomalien?* (Münchener med. Wochenschr.. 1914, Nr. 47.)

Pässler wiederholt erneut seine schon früher aufgestellte These: Die Grundlage der Diathesen ist keine echte konstitutionelle Abartung, sondern nur eine scheinbare, nämlich der Ausdruck einer chronischen Infektion, die von den Mandeln ausgeht. Pässler beschäftigt sich ferner mit der Ablehnung seiner Lehre durch die Pädiatrie. Die Vererbbarkeit der Diathesen ist seiner Meinung nach nicht er-

wiesen. Familiäres Vorkommen erklärt sich ebenso wie die von den Pädiatern angenommene vorzugsweise Übertragung durch die Mütter einfach als „Kontagiosität der Infektion".

Durch die Beseitigung der chronischen Tonsillitis wird auch eine große Reihe der Erscheinungsformen abnormer Konstitution behoben. Pässler erweitert übrigens die lokalen Infektionsherde durch Hineinbeziehung der chirurgischen Nasennebenhöhleneiterungen, der Caries dentium und der Alveolarpyorrhöe. Klotz.

B. Sperk. *Über das schwache Kind.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 8, S. 169.)

Sperk bespricht in einem sehr anregend geschriebenen Aufsatz jenen Typus schwächlicher Kinder, den man mit dem gelehrt klingenden, aber nicht sehr vielsagenden Wort „Asthenie" zu bezeichnen pflegt. Es handelt sich nicht um eine Krankheit mit anatomisch nachweisbarem Substrat, sondern um funktionelle Minderwertigkeit. Da wir nicht in der Lage sind, die Funktionsleistung des Herzens, der Atmungs- und Verdauungsorgane usw. klinisch zu prüfen, ist der Begriff „Asthenie" wie der vieler anderer Konstitutionsanomalien ein ziemlich vager, doch ist er nicht zu umgehen und für den Arzt von größter Bedeutung. Die Asthenie äußert sich teils in der psychischen Sphäre (Neurasthenie), teils in der somatischen. Die wichtigsten klinischen Merkmale der der Asthenie zugrunde liegenden allgemeinen Organminderwertigkeit sind:

1. Der asthenische Habitus, der häufig mit dem ihm sehr ähnlichen phthisischen Habitus verwechselt wird.

2. Die Herabsetzung des Muskeltonus; auch die bei schwächlichen Kindern nicht selten vorkommenden funktionellen Herzgeräusche (Fehldiagnose „Mitralinsuffizienz!") dürften einer Herabsetzung der Tonusfunktion des Herzens ihre Entstehung verdanken.

3. Die Scheinanämie, die durch eine abnorme Blutverteilung bedingt ist.

4. Die reizbare Schwäche des Nervensystems in seiner Gesamtheit und die rasche Ermüdbarkeit desselben; (Fazialisphänomen).

5. Die schwierige therapeutische Beeinflussung als Merkmal der Konstitution.

Bezüglich des Wesens der Asthenie ventiliert Sperk die Frage irgend welcher innersekretorischer Störungen; er hält eine Funktionsstörung im Adrenalsystem, eine Sympathikushypotonie als Grundlage der asthenischen Symptome für theoretisch begründet. Das konstitutionsschwache Individuum ist infolge seiner geringen „Anpassungsbreite" insbesondere in den Zeiten gefährdet, in denen es neuen Reizen ausgesetzt wird. Solche „Übergangszeiten" sind der Übergang vom intra- zum extrauterinen Leben, vom Spielalter zum Schulalter und vom Kindesalter zur Pubertät. Beim Säugling äußert sich die Asthenie hauptsächlich nach ihrer neuropathischen Seite. Ihre frühzeitige Erkennung ist praktisch wichtig, da man den asthenischen Zustand durch eine für das Individuum fein abgestufte Reizregulierung latent erhalten kann. Der manifeste asthenische

Zustand erfordert eine zweckmäßige geistige und körperliche Behandlung (Landerziehungsheime, Waldschulen, orthopädische Behandlung, individuelle Dosierung zwischen Ruhe, körperlicher und geistiger Arbeit, Massage, funktionelle Gymnastik, einfache Diät usw.). Bei richtiger Behandlung erschöpft sich der Einfluß der asthenischen Konstitution mit zunehmendem Alter. Reuß (Wien).

M. Bockhorn. *Die exsudativ-lymphatische Diathese und die Prophylaxe in der Tuberkulosebekämpfung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 19, S. 960.)

Verf. sieht in der exsudativlymphatischen Diathese eine starke Gefahr, die das Auftreten von Skrophulose und Tuberkulose begünstigt, und fordert eingehende frühzeitige Behandlung dieser Konstitutionsanomalie, am besten durch längeren Seeaufenthalt.

Nagel-Hoffmann.

Ernst Freudenberg und **Ludwig Klocmann.** *Untersuchungen zum Spasmophilieproblem.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 700 bis 707.)

Ausgehend von der Vorstellung, daß die Bedeutung des Lebertrans für den Kalkstoffwechsel darin beruhen könnte, daß er den Kalk in Bindung an die Oxygruppen in einer leicht aufnehmbaren Form den Zellen zuführte, haben die Verff. eine entsprechende Kalkverbindung aus Lebertran hergestellt. Zu diesem Zweck wurde der Lebertran mit Osmium und Wasserstoffsuperoxyd oxydiert. Der so gewonnene Oxylebertran löst sich im Gegensatz zum ursprünglichen Lebertran in verdünnten wässerigen Lösungen starker Alkalien klar auf und weicht auch in anderen wesentlichen Eigenschaften von jenem ab. (Säurezahl, Verseifungszahl, Jodzahl usw.) Durch Schütteln des Oxylebertrans mit Kalziumsaccharatlösung und alkoholischer Kalziumchloridlösung wurde die Kalkverbindung gewonnen, das Lipokalzium, dem therapeutische Wirksamkeit zukommen soll.

H. Vogt.

P. Rohmer. *Über Dauererfolge der Kalziumbehandlung bei Spasmophilie.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XIII, 1914, S. 233.)

Rohmer kombinierte die von Blühdorn empfohlenen großen Kalziumgaben mit der Phosphorlebertranbehandlung. Es wurde damit nicht nur ein promptes Verschwinden der Krämpfe sowie eine Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit bis zur Norm erreicht, sondern es ließ sich auch zeigen, daß man nach zirka 8tägiger Behandlung das Kalzium — unter Beibehaltung des Phosphorlebertrans — aussetzen konnte, ohne daß wieder neue Erscheinungen auftraten; auch die elektrische Erregbarkeit blieb meist normal. Es handelt sich also tatsächlich um eine Dauerheilung, welche erzielt wird ohne Rücksichtnahme auf die Ernährungsart des Kindes, die ihrerseits dem jeweiligen Ernährungszustand angepaßt werden kann.

Autoreferat.

Infektionskrankheiten.

C. Levi. *Über abortiven Scharlach in den ersten Lebensmonaten.* (Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. Immunitätsforsch. [mit Ausschluß der Tuberkulose], herausgegeben von Brauer, redigiert von Schloßmüller, Much, Lüdke. Bd. II, H. 2 und 3, 1914, Preis je M. 6.—.) (Verlag von C. Kabitzsch, Würzburg, 1914.)

Für den Kinderarzt haben folgende Arbeiten Interesse: **C. Levi.** *Über abortiven Scharlach in den ersten Lebensmonaten.*

Kinder der ersten Lebensmonate sind gegen Scharlach nicht besonders immun, zeigen aber — besonders Brustkinder — außerordentlich leichten, abortiven Verlauf der Infektion.

Die Zahl der Beobachtungen ist nur gering (9 Säuglinge des 1. Quartals) und die klinischen Erscheinungen waren, der Schilderung nach, bei einigen Säuglingen reichlich abortiv. Das Fieber erreichte nur selten höhere Grade und war nach 2 bis 4 Tagen abgeklungen. Gelegentlich wurde ein flüchtiges, scharlachähnliches Exanthem beobachtet. Die Stellung der Diagnose war oft nur aus der Anamnese der Mutter möglich. Das Heft enthält weiterhin folgende Beiträge: Aaser, Über Meningokokkenserum; Detre, Theorie und Praxis der Vakzinationsbehandlung; Orlovius, Über die Beeinflussung infektiöser Erkrankungen, speziell der des Wochenbettes, durch Salvarsan, beziehungsweise Neosalvarsan. Unter den Ergebnissen ist ein Aufsatz von Herxheimer, Über die Lymphogranulomatose, besonders vom ätiologischen Standpunkt aus, bemerkenswert.

Im Heft 3 erörtert Klimenko die Frage der wiederholten Einspritzung des Heilserums beim Menschen. Die intravenöse Einverleibung wird abgelehnt, desgleichen die in den Rückenmarkskanal (Serummeningitis). Die Verhütung anaphylaktischer Erscheinungen durch Chlorkalzium, durch voraufgehende Probeinjektion kleiner Quantitäten Serum ist zwecklos. Vielleicht kann durch Seren verschiedener Tierarten die an und für sich übrigens minimale Anaphylaxiegefahr gemindert werden.

In den Ergebnissen bespricht Deist die Frage der Bazillenträger bei Diphtherie. Klotz.

Tobler (Breslau). *Die Behandlung des akuten Infektionszustandes im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 26, S. 1297.)

Diätetische und medikamentöse Beeinflussung der verschiedenen Symptome im Beginn akuter Infektionskrankheiten bei Kindern.
Nagel-Hoffmann.

K. Delyannis. *Zur Frage der rationellen Erweiterung unserer heutigen Diphtheriebekämpfung.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, Nr. 35, S. 1389.)

Verf. tritt mit Entschiedenheit für die Berücksichtigung der Bazillenträger ein, deren Nichtbeachtung alle prophylaktischen Vorkehrungen gegen die Weiterverbreitung der Diphtherie illusorisch

machen kann. Die Zahl der Bazillenträger betrug bei den Untersuchungen des Verf. nicht mehr als 9·4% trotz günstiger Kontakt- und Übertragungsmöglichkeiten, auch handelte es sich meist um jüngere Kinder; eine Isolierung ist also unschwer vorzunehmen. Zur Entkeimung der Bazillenträger werden Inhalationen mit 1 bis 2% H_2O_2 empfohlen; außerdem Einblasungen von 20- bis 25%igem Natr. sozojodol.

„Die Parole der modernen Diphtheriebekämpfung muß lauten: Anzeigepflicht bei Diphtherie und Diphtherieverdacht, Krankenisolierung, womöglich Abgabe in eine Anstalt, bakteriologische Sicherung der klinischen Diagnose, Untersuchung der Umgebung auf Bazillenträger, Kasernierung dieser wie der Dauerausscheider, Wohnungsdesinfektion." Reuß (Wien).

R. Pollak. *Über einen Fall von Diphtherie nach Durchstechen der Ohrläppchen.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, Nr. 32, S. 1306.)

1 Monat altes Kind, bei dessen Obduktion in den von Blutungen durchsetzten, zum Teil pneumonisch infiltrierten Lungen Diphtheriebazillen (kulturell und durch den Tierversuch) nachgewiesen werden konnten. Als Ausgangspunkt der Infektion wird eine im Anschluß an das Durchstechen der Ohrläppchen aufgetretene Hautaffektion angenommen. Reuß (Wien).

T. Hellström. *Erfarenheter om Croup och dess behandling.* (Erfahrungen über Croup und dessen Behandlung.) (Svenska läkarsk. Handl., XL, 1, 1914.)

In den Jahren 1894 bis 1912 wurden im Epidemiekrankenhaus zu Stockholm 29.317 Diphtheriepatienten behandelt, sämtlich hinsichtlich der Diagnose bakteriologisch festgestellt. Von diesen litten 3.010, d. h. 10·27%, an Croup. Im ersten Quartal aller Jahre wurden 946 (31·43%) behandelt, im zweiten Quartal 638 (21·19%), im dritten Quartal 480 (15·95%), im vierten Quartal 941 (31·43%). Die Anzahl des ersten und vierten Quartals ist demnach die größte und einander vollkommen gleich. Unterjährige waren 4·52%, über 15 Jahre alt 2·59%. Von sämtlichen Crouppatienten starben 23·19%. 49·14%, d. h. beinahe die Hälfte der Todesfälle erfolgte innerhalb der ersten 2 Tage nach der Aufnahme. Werden diese in Abzug gebracht, so beträgt die Mortalität nur 13·31%. Von Patienten unter 1 Jahre starben 58·09, von 1 bis 2 Jahren 31·93%, von 3 bis 5 Jahren 15·11%, 6 bis 9 Jahren 11·09%, 10 bis 14 Jahren 11·54%, über 15 Jahren 20·51%.

Verf. unterscheidet 3 klinische Gruppen der an Croup Erkrankten. Gruppe I mit größerer Ausbreitung des Belages über Tonsillen, Gaumenbogen und Schlund, Gruppe II mit weniger ausgebreitetem Belag über verschiedene Schlundteile, besonders die Tonsillen, Gruppe III mit belagfreiem Schlund. Auf Gruppe I entfallen 912 Patienten, d. h. 30·3%, auf Gruppe II 1.228, d. h. 48·8%, auf Gruppe III 870, d. h. 28·9%. Das Verhältnis der einzelnen Gruppen zueinander hat im Laufe der Jahre eine wesentliche Veränderung

erfahren. Während die Gruppe I mehr und mehr abnahm, ist Gruppe III immer mehr gestiegen. In den Jahren 1894 bis 1903 gehörten zur Gruppe I 36·93%, zur Gruppe II 41·83%, zur Gruppe III 21·78% sämtlicher Croupfälle. Von 1904 bis 1912 gehörten dagegen zu Gruppe I 19·07%, zu Gruppe II 38·91%, zu Gruppe III 42·02%. Die Zahl der zur Gruppe I Gehörigen ist um die Hälfte vermindert, die zur Gruppe III Gehörigen dagegen verdoppelt worden.

Von sämtlichen 3.010 Crouppatienten war bei 1.158 (38·47%) eine Operation nicht nötig, während 1.852 (61·53%) operiert wurden. Von den Operierten starben 34·13%. Tracheotomie wurde bei 522 ausgeführt, Mortalität 56·72%. Intubation wurde bei 1.106 vorgenommen, Mortalität 18·35%. Intubation-Tracheotomie wurde bei 133 ausgeführt, Mortalität 59·38%. Von den 1.106 Intubierten, zusammen mit den 224 Intubierten mit sekundärer Tracheotomie, im ganzen also 1.330, starben 336, Mortalität demnach 25·20%. Die Intubation ist seit 1895 im Epidemiekrankenhaus in Stockholm immer mehr zur Anwendung gekommen. Nachdem Ebonittuben einige Jahre probiert worden sind, werden nunmehr Metalltuben verwendet. Der Verf. hat einen besonderen Intubator konstruiert (im Gebrauch seit 1902), versehen mit einem kurzen Mandrin, der im obersten Teil des Tubus eingeführt wird. Der Tubus wird am Faden festgehalten und mit Leichtigkeit losgemacht, sobald man den Faden losläßt. Ein Hinaufziehen desselben mit dem Intubator, wie dies oft bei dem langen, gegliederten Mandrin geschieht, erfolgt niemals. Der untere Teil des Tubus ist unbedeckt, aber abgerundet und gut abgeschliffen. Irgend welche Verletzung mit dem offenen Tubus ist nie konstatiert worden. Der Faden wird zurückgelassen und auf der Wange des Patienten befestigt, die Extubation erfolgt durch den Faden. Die Durchschnittszahl für das Liegenbleiben des Tubus bei den glücklich verlaufenden Fällen ist 59 Stunden. Ein Patient trug den Tubus 713 Stunden ohne Nachteile. Die Entstehung und Größe der inzwischen vorkommenden Dekubituswunden stehen keinesfalls in einem bestimmten Verhältnis zur Länge der Intubationszeit, vielmehr ist sie auf die verschiedene Beschaffenheit der Diphtherieinfektion und auf individuelle Verhältnisse zurückzuführen, letzteres aber sicher nicht in so hohem Grade. Bei gewissen Epidemien sind derartige Ulzerationen in relativ größerer Anzahl als bei anderen aufgetreten. In einzelnen Jahren betrug die Anzahl der Crouppatienten 22 bis 23% sämtlicher Diphtheriepatienten, in anderen nur 7 bis 8%. Gewisse Jahre wurden von diesen 80%, in anderen nur 50% operiert.

Wernstedt (Malmö).

B. Henningsson. *Om serumdosering vid difteri.* (Über die Dosierung des Serums bei Diphtherie.) (Allm. svenska läkartid., XI, 1, 1914.)

Verwertung der in dem Krankenhause für epidemische Krankheiten in Gotenburg in den Jahren 1909 bis 1913 mit Antidiphtherieserum behandelten schweren Diphtheriefälle, um einen Beitrag zur Frage von der Wirkung großer Serumdosen in schweren Fällen zu gewinnen. In der genannten Periode wurden in den ein-

zelnen Jahren immer größere Serumdosen in den schweren Fällen gegeben, und zwar im Durchschnitt 1909 3500 I. E., 1910 4500 I. E., 1911 7000 I. E., 1912 10.000 I. E. und 1913 15.000 I. E. Unter Berücksichtigung der Schwere der Epidemien der einzelnen Jahre kommt Verf. zu dem Schluß, daß die großen Dosen die Mortalität nicht ganz unerheblich herabgesetzt haben. Dieser Einfluß ist auch deutlich, wenn nur diejenigen Fälle untersucht werden, bei denen in der genannten Periode derselbe Administrationsmodus (die intramuskuläre) benutzt wurde. Verf. befürwortet in schweren Fällen die kombinierte Behandlung mit intramuskulärer Injektion. Unter der Verwendung von großen intravenös gegebenen Serumdosen wurde in 10 Fällen binnen einer kurzen Zeit (2 Monate) des letzten Jahres eine unangenehme, sicher nicht anaphylaktische, sondern primär toxische Nebenwirkung des Serums observiert. Einige Minuten bis eine Stunde nach der Injektion begann der Patient zu frieren, der Puls wurde schwach. In einigen Fällen trat Zyanose auf. Die Symptome gingen gewöhnlich schnell vorüber. In einem Falle aber begann ein 8jähriges Mädchen, das an Diphtheria gravissima litt, 1 Stunde nach einer Injektion von 9000 I. E. zu frieren, wurde bald pulslos und starb binnen 10 Minuten. In allen diesen 10 Fällen stammte das Serum von demselben Pferde. Intramuskulär gegeben, wurden auch bei großen Dosen von diesem Serum obengenannte Unannehmlichkeiten nie beobachtet. Wernstedt (Malmö).

W. Braun (Berlin). *Weiterer Beitrag zur Frage der Diphtheriebekämpfung und Diphtherieprophylaxe.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 23, S. 1166.)

Braun berichtet über weitere Erfahrungen betreffs des Zeitpunktes der Serumbehandlung und der Schutzimpfung, die er im Osten Berlins mit sehr gutem Erfolg durchgeführt hat. Im Vergleich zur Stadtgemeinde Berlin wies der Osten im Jahre 1913 eine auffallend geringe Diphtheriemortalität auf. Nagel-Hoffmann.

Seligmann. *Neue Wege der Diphtheriebekämpfung in Berlin.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 19/20.)

Wichtig ist die bakteriologische Kontrolle aller Halserkrankungen; so wurden in einer Mädchenschule 5 von 24 unverdächtigen Halsentzündungen als diphtherisch festgestellt, in einer anderen 7 von 52.

Die Weiterverbreitung durch rekonvaleszente Bazillenträger erfordert genaue bakteriologische Kontrolle des Krankheitsablaufes. Alle Bazillenträger bilden eine Gefahr für die Gesamtheit. Die Bekämpfung derselben ist keine Utopie. Die Erfolge der Diphtheriebekämpfung in den Schulen sind bereits evident. Es bedarf heute im Prinzip keines Klassen- oder Schulschlusses mehr, sobald nur alle Bazillenträger ermittelt und behandelt werden. Die Arbeit der Untersuchungsstellen ist durch den häufigen Eingang von Abstrichproben zwar eine enorme, aber ermutigend erfolgreiche. Innerhalb

eines Vierteljahres wurden auf Grund von 1676 Abstrichproben 148mal bazillentragende Kinder ausgemittelt und an verfrühter Teilnahme am Schulunterricht gehindert. Sehr bewährt haben sich zur Entlastung der Schulärzte usw. sogenannte Entnahmestellen, deren es 6 in Berlin gibt. Dort entnehmen geschulte Schwestern Abstriche und gehen auch in die betreffenden Familien usw.

Ähnlich wie die Schulen, spielen auch andere Konzentrationsstellen von Menschen eine, wenn auch weniger bedeutungsvolle Rolle: Krippen, Kinderheime, Waisenhäuser, Kasernen. Auch hier laufen wie in der Schule, besonders zahlreiche Fäden zusammen. Durch systematische bakteriologische Kontrolle gelingt es aber, die Kette der Übertragungen hier zu zerreißen. Auch beim Militär ist eine systematische Rekonvaleszenten- und Umgebungskontrolle bereits eingeführt. Klotz.

G. Riebold. *Sind die Diphtheriebazillenträger für ihre Umgebung infektiös?* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 17.)

Beschreibung einer kleinen teilweise sehr schwer verlaufenden Diphtherieepidemie unter weiblichen Ferienkolonisten und der Aufdeckung der Infektionsquelle. Sehr bemerkenswert war der Einfluß der persönlichen Disposition hinsichtlich der Schwere der Erkrankung. Riebold lehnt die Trennung in infektiöse Hauptträger (Dauerausscheider nach überstandener Diphtherie) und nichtinfektiöse Nebenträger (keine vorausgegangene Diphtherie) ab. Auch Nebenträger können, wie die beobachtete Epidemie lehrt, jederzeit infektiös wirken. Klotz.

G. Dreyfus und **J. Schürer.** *Beitrag zur Frage der Pathogenese und Therapie der postdiphtherischen Polyneuritis.* (Med. Klinik, 1914, S. 970.)

Bei einem Erwachsenen kam es im Anschluß an eine leichte Rachendiphtherie zu einer $^1/_4$ Jahr währenden, intermittierend auftretenden Polyneuritis mit unangenehmen sensiblen Sensationen, Gelenkschmerzen u. dgl. Badekuren und alle sonstigen üblichen Heilfaktoren änderten nichts am Krankheitsbild. Noch $^1/_4$ Jahr nach der Diphtherieinjektion wurden virulente Bazillen im Rachenabstrich gefunden. Die Enukleation der Tonsillen brachte dann innerhalb kurzer Zeit alle subjektiven und objektiven Erscheinungen zum Verschwinden. Klotz.

Charles Krumwiede jun., **Matthias Nicoll jun.** und **Josephine S. Pratt.** *Versuche zur Übertragung von Scharlach auf Affen.* (Arch. internal. med., Bd. XIII, S. 909—912.)

Es gelang trotz zahlreicher in der verschiedensten Weise angestellten Versuche nicht, durch Einimpfung von Blut oder Nasensekret, Rachenschleim usw. von Scharlachkranken auf Affen, bei diesen die Krankheit zu erzeugen. H. Vogt.

Paul Bode. *Zur Frage der familiären Disposition bei der Scharlachnephritis.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 438—445.)

Verf. kommt ebenso wie Matthies bei Durchsicht einer sehr großen Zahl (3500) Scharlachfälle zu der Überzeugung, daß eine familiäre Disposition zur Erkrankung an Scharlachnephritis existiert. Von 190 gehäuft auftretenden Scharlachfällen waren 89 Familien betroffen, während 114 Einzelfälle von Nephritis auf 271 Familien entfielen. Beim Gesamtmaterial machte die Nephritismorbidität 25% aus, innerhalb der Familien betrug sie 36%. H. Vogt.

Alfred F. Heß. *Röteln, eine experimentelle Untersuchung.* (Arch. internal. med., Bd. XIII, p. 913—916.)

Mit dem Blut frischer Fälle von Röteln wurde in Kulturversuchen kein Wachstum erhalten, auch nicht bei Verwendung der Methodik, wie sie Noguchi zur Kultur des Erregers der Syphilis eingeführt hat. Nach Impfung von Macacus rhesus mit dem Blute von frischen Krankheitsfällen wurde nur einmal ein Fieberanstieg beobachtet, der am 19. Tage nach der Impfung auftrat und 2 Tage anhielt. Ein Exanthem kam bei diesen Versuchen nicht zur Beobachtung. Die Lymphozytose tritt bei Röteln schon vor Ausbruch des Exanthems ein. H. Vogt.

L. v. Korzinski. *Beiträge zur Klinik der sporadischen Fälle von Heine-Medinscher Krankheit.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 16, S. 453.)

Mitteilung von drei eigenartigen, in Sarajevo beobachteten Fällen, darunter ein 14jähriger Knabe, bei welchem die Erkrankung etappenweise, anfangs unter meningealen Symptomen, insbesondere unter enormer Hyperästhesie der Haut und Muskeln verlief, denen sich später Paresen im Bereich der Bulbär- und Spinalnerven hinzugesellten; 1½ Monate nach Beginn fast vollkommene Genesung

Reuß (Wien).

C. Kling. *Barnförlamningens uppträdande bland den vuxna befolkningen i Stockholm och Göteborg åren 1911 och 1912.* (Das Auftreten der epidemischen Kinderlähmung unter den erwachsenen Personen in Stockholm und Gotenburg in den Jahren 1911 und 1912.) (Svensk läkarsk. Handl., XL, 103, 1914.)

Unter 57 in den genannten Städten an akuter Poliomyelitis Erkrankten, die mehr als 15 Jahre alt waren, fand Kling 24, die in den respektive Städten geboren und erzogen waren, 33, die auf dem Lande geboren waren, aber später in den Städten sich niedergelassen hatten. In der ersten Gruppe fand er eine Morbidität von 25 : 100.000, in der andern von 55 : 100.000 der genannten Kategorien von Einwohnern dieser Städte. Von den Fällen der ersten Gruppe verliefen 24%, von denen der andern Gruppe nicht weniger als 73% tödlich oder schwer, was eine größere Resistenz der genuinen städtischen Bevölkerung andeutet. Diese größere Resistenz wird in Überein-

stimmung mit den Lehren Klings, Petterssons und Wernstedts in einer vorangehenden Immunisierung der städtischen Bevölkerung durch sehr leichte abortiv verlaufende Krankheitsformen vermutet.
Wernstedt (Malmö).

Hans Kern. *Über eine Anstaltsendemie von Heine-Medinscher Krankheit.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr, 19.)

Im Rummelsburger Waisenhause traten auf der Abteilung für luetische Kinder im Herbst 1913 innerhalb von 3 Wochen 5 Erkrankungen an Polyomyelitis auf.

Die betroffenen Kinder standen im 2. oder 3. Lebensjahr; 4 von ihnen erkrankten fast am gleichen Tage. Besonderheiten dieser kleinen Endemie zeigten sich darin, daß Hyperästhesie und Schweiße vollkommen fehlten. Die Zahl der Leukozyten war normal.

Eine regelmäßige Erscheinung waren parenterale Durchfälle. Die Lähmungen (vorwiegend Unterextremität, 1 mal Strabismus paralyticus) bilden sich nur sehr zögernd zurück, so daß die Prognose „mäßig" ist.

Nach Ablauf der ersten 3 bis 4 Wochen muß durch energische Massage, Gymnastik und galvanischen Strom Kontrakturen vorgebeugt werden.
Klotz.

Netter et **Ribadeau-Dumas.** *Les manifestations choréiformes dans la poliomyélite.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 12, p. 881.)

Bei 2 Fällen von Polyomyelitis beobachteten die Verff. eine von Medin und Wickman noch nicht beschriebene Symptomengruppe: choreatische Zuckungen in verschiedenen Muskelgebieten. Das erste, 6 Monate alte Kind bekam eine Lähmung beider Beine, des Nackens und eine vorübergehende Lähmung der oberen Extremitäten. Gleichzeitig traten choreatische Zuckungen an Gesicht, Zunge, Augen und Zwerchfell auf. Nach 10 Tagen sistierten dieselben. Exitus nach 3 Wochen. — Der 2. Fall betraf ein 6½jähriges Kind. Die Zuckungen dauerten hier nur 3 Tage und so trat allmählich eine Besserung der unvollständigen Hemiplegie ein. — Nach Ansicht der Verff. ist das bei infizierten Affen beobachtete Zittern vor Ausbruch der Lähmungen, das eines der konstantesten Prodromalsymptome sein soll, eine verwandte Erscheinung. Sie nehmen ferner an, daß abortive Erkrankungen vorkommen, die lediglich als Chorea verlaufen. Überimpfungen auf Affen könnten die Natur der Erkrankung sicherstellen.
Thorspecken (Badenweiler).

B. Henningsson. *Tillägg till uppsatsen „om serumbehandling vid meningitis epidemica".* (Nachschrift zum Aufsatz „Über die Serumbehandlung bei Meningitis epidemica" in Allm. svenska Läkartidn., Nr. 25, 1913.) (Allm. svenska Läkartidn., XI, 19, 1914.)

Seitdem die obengenannten Untersuchungen veröffentlicht wurden, hat Verf. noch 23 Fälle von Meningitis cerebrospinalis epidemica derselben Epidemie mit intralumbalen Injektionen von Antimeningokokkenserum behandelt. Im ganzen wurden 52 Fälle

in dieser Weise behandelt. Von diesen starben 15 (28·8%). Die Mortalität während einer kleinen im Jahre 1912 auftretenden Epidemie von 9 Fällen, die nicht mit Serum behandelt wurden, erreichte 66%. Von den obengenannten Fällen, die letal endigten, wurden 10 mit schwerem Allgemeinzustande und mit Zeichen einer Herzparalyse, schwerer Bronchitis usw. dem Krankenhause überwiesen. Diese 10 Fälle starben binnen 24 bis 28 Stunden nach der Aufnahme und der Seruminjektion, folglich ehe das Serum seine Wirkung entfalten konnte. Ein 11. Fall starb unter Schocksymptomen (nicht anaphylaktischen) nach der dritten Injektion, ein 12. Fall starb 24 Stunden nach der vierten Injektion an Herzschwäche und Bronchopneumonie. Die übrigen 3 Todesfälle kamen spät unter Serumbehandlung. Sie wurden erst am 8. beziehungsweise 20. und 30. Krankheitstage injiziert. Wernstedt (Malmö).

W. Bittner. *Über die akute typhöse Gallenblasenentzündung im Kindesalter.* (Prager med. Wochenschr. 1914, Nr. 23, S. 279.)

Mitteilung dreier sehr interessanter Fälle von eitriger Cholecystitis abdominalis, bei einem 9jährigen Knaben, einem 11- und einem $5^1/_2$jährigen Mädchen. Die beiden ersten Fälle wurden trotz erfolgten Eintritts einer diffusen Peritonitis durch Operation gerettet, der 3. Fall endete tödlich. In der Literatur existiert bloß eine analoge Beobachtung beim Kind (Chiari). Der pathologisch-anatomische Befund bestand in starker Schwellung und intensiver entzündlicher Hyperämie der Gallenblase, nekrotischen (wie mit dem Locheisen geschlagenen) Stellen in der hinteren Gallenblasenwand, Perforation und — im 3. Falle — Gangrän der Blase, gelblich gefärbtem, nicht fäkulent riechendem, etwas schleimigem Eiter in der Bauchhöhle. Klinische Symptome: Unter geringgradigen Fiebersteigerungen in der Rekonvaleszenz einsetzendes Erbrechen und Bauchschmerzen, in der Gallenblasengegend lokalisiert, mitunter palpabler Tumor und Druckempfindlichkeit der Gallenblase. In diesem Stadium dürfte ein Rückgang der Erscheinungen möglich sein. Sonst Zunahme derselben bis zur Perforation, welche sich durch plötzlich einsetzende diffuse Bauchschmerzen und Muskelspannung zu erkennen gibt. Es kommt meist zu diffuser Peritonitis, welche aber bei rechtzeitigem chirurgischen Eingreifen (Cholezystektomie oder Cholezystotomie) eine weit bessere Prognose zu gestatten scheint als die Peritonitis nach Darmperforation.

Die Ursache der Erkrankung liegt wahrscheinlich in der durch die während des Typhus eingeleitete Hungerdiät sowie durch die beim Kindertyphus häufig bestehende Obstipation veranlaßten Stagnation im Gallenabflusse und Sedimentierung von Gallenschlamm in der Gallenblase. Die Galle scheint beim Typhus regelmäßig Bazillen zu enthalten, auch längere Zeit nach Ablauf der Erkrankung (Bazillenträger!).

Vielleicht könnte man prophylaktisch Cholagoga oder Salazetol geben. Reuß (Wien).

K. Blühdorn. *Über Paratyphus im Säuglingsalter.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 24.)

Verf. weist im Anschluß an die Breuningsche Publikation über Paratyphus aus der Seitzschen Klinik auf eine früher von ihm beschriebene Paratyphusinfektion bei einem jungen Brustkind hin, welche klinisch als akute Toxikose imponierte. Bei derartigen Zustandsbildern bei Brustkindern sollte man eine bakterielle Untersuchung der Fälle nicht unterlassen. Klotz.

Fritz Breuning. *Über Paratyphus bei Kindern in München.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 19.)

Vorgetragen in der Münchener Ges. f. Kinderheilk., 23. Januar 1914. (Referat Monatsschr., Bd. XIII, S. 352.) Klotz.

Schwers (Lüttich). *Péritonite streptococcique d'origine génitale chez une petite fille de 2 ans et 4 mois.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVII, H. 6, p. 441.)

Eine Streptokokkenperitonitis, die von den Genitalien ausgeht, ist ein bei Kindern sehr seltenes Vorkommnis. Das kleine Kind erkrankte an einer schweren Peritonitis, deren Ausgang vom Appendix vermutet wurde. Statt dessen fand sich, wie durch die Autopsie genauer bestätigt wurde, eine doppelseitige Endometritis, Salpingitis und Vulgovaginitis. Gonokokken konnten nirgens nachgewiesen werden, dagegen überall Streptokokken.

Thorspecken (Badenweiler).

M. Straßberg. *Zur Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 25, S. 889.)

Bericht aus der Fingerschen Klinik über die Behandlungsresultate mit dem Bruckschen polyvalenten Gonokokkenvakzinepräparat „Arthigonin" und dem Uranoblenpräparat „Caviblen". Von 6 mit intramuskulären Arthigonininjektionen behandelten Fällen konnten — allerdings nach vorausgegangener Lokalbehandlung — 3 geheilt werden. Von 7 Patientinnen, welche mit Caviblenstäbchen (C IV für die Urethra, C III für die Vagina) behandelt wurden, wurden in Zeiträumen von 3 Wochen bis 4 Monaten 6 geheilt, 2mal bei Kombination mit der Vakzinetherapie. Letztere scheint besonders im späteren Verlauf der Erkrankung, wenn der Prozeß nicht mehr oberflächlich ist, indiziert zu sein. Die Caviblentherapie ist bequem, nicht schmerzhaft und mitunter überraschend erfolgreich, aber auch nicht unbedingt zuverlässig. Reuß (Wien).

Comby et Condat. *Traitement de la vulvovaginite des petites filles par le vaccin antigonococcique.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVII, H. 6, p. 419.)

Zur einwandfreien Prüfung der Wirksamkeit der Gonokokkenvakzine bei Vulvovaginitis wurde eine lokale Behandlung unterlassen. Verwendet wurde das Vakzin von Nicolle, das aus einer Mischung

von Gonokokken und Synokokken im Verhältnis von 1:9 besteht. Letzterer ist ein dem Gonokokkus nah verwandter und mit diesem assoziierter Bazillus. Die Kulturen sind in 7‰ Fluornatrium aufgeschwemmt und es wurden davon 1 bis 2 cm³ mit 2 cm³ physiologischer Kochsalzlösung vermischt intramuskulär injiziert, anfangs in Pausen von 3 bis 4 Tagen, später je nach dem erreichten Effekt auch in größeren Intervallen, im ganzen meist bis zu 7 Infektionen. In mehreren von den 18 so behandelten Fällen war in der Tat nach ein paar Injektionen eine auffallend günstige Beeinflussung zu erkennen, bei frischeren Erkrankungen wurde völlige Heilung erzielt. Bei älteren war der Erfolg weniger sicher und es wird empfohlen, in diesen Fällen eine Lokalbehandlung mit den Injektionen zu kombinieren. Ob bei den geheilten Fällen Rezidive vorgekommen sind, darüber wird nichts berichtet, da auch keine Nachuntersuchungen vorgenommen sind. Bemerkenswert ist der schnelle Erfolg der Vakzinebehandlung bei einem Falle von Augenblennorrhöe, der vorher vergeblich lokal behandelt war. Thorspecken (Badenweiler).

F. Rusca. *Über einen Fall von Pertussis, geheilt durch eine wegen Perityphlitis gemachte Laparotomie. Beitrag zur Kenntnis der Pertussis.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Nr. 24.)

Verf. glaubt mit Czerny, Döbeli u. a., daß die Pertussis nur ein klinischer Krankheitsbegriff sei und unterscheidet eine bakterielle und eine psychische Komponente.

Bei einem 4jährigen Mädchen wurde durch eine Perityphlitisoperation ein seit 4 Wochen bestandener, heftiger Keuchhusten kupiert. Der Hustenreiz war nach der Operation noch da, der Anfall kam aber nicht zustande. Die Erklärung des Falles ist folgende: Die katarrhalischen, d. h. die infektiösen Erscheinungen waren zur Zeit der Operation geheilt, es war nur noch die Neuro- und die psychogene Komponente der Pertussis vorhanden. Die Schmerzen, die beim Versuch zu husten nach der Operation in der Wunde entstanden, erzeugten beim Kinde eine genügend starke Willenskraft, um das Entstehen des Anfalles zu unterdrücken. Der Schmerzreiz war stärker als der Hustenreiz und heilte das Kind von der neuro- und psychogenen Komponente der Pertussis. E. Burckhardt (Basel).

E. Popper. *Über Pertussis.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 26.)

Der Verf. hält den Keuchhusten für eine akute Infektionskrankheit, die durch spezifische Erreger entsteht. Obwohl das psychogene Moment mehr als bisher Würdigung verdient, geht es nicht an, den Keuchhusten für eine nervöse Affektion zu erklären. Die Pertussis ist durchaus als Allgemeinkrankheit aufzufassen, die unleugbare verwandte Züge mit den akuten Exanthemen zeigt. So ist unter anderem bei Pertussis während des infektiösen Stadiums die Tuberkulinempfindlichkeit herabgesetzt.

Verf. bespricht dann die Bedeutung des pathologischen Bedingungsreflexes beziehungsweise des assoziativen, psychogenen Reflexes für die Persistenz der keuchhustenähnlichen Anfälle, für die

Rückfälle und dgl.. Er teilt mit Hamburger den Keuchhusten in 2 Teile ab; das eigentliche infektiöse, etwa 5 bis 6 Wochen anhaltende Stadium (organisches, infektiöses Stadium) und das auf verschieden lange Zeit sich erstreckende nervöse Stadium mit typischen, durch Suggestion zu beseitigenden Anfällen. Dieses zweite Kranksein kann natürlich auch fehlen. Die Anfälle des zweiten Stadiums sind leicht suggestiv zu beeinflussen, bei fehlender Bronchitis auch der Husten. Die Erfolge hängen einerseits von der Persönlichkeit ab, welche suggeriert, und anderseits von der Pflege des Patienten; schwache — nicht so sehr nervöse — Charaktere werden am leichtesten beeinflußt (Faradisation, Luftveränderung, Chinin, Vakzination u. dgl.). Es kann übrigens auch im ersten Stadium durch suggestive Behandlung eine geringgradige Besserung erreicht werden.

Spezifika gibt es nicht. Als sehr brauchbares ungiftiges, nicht narkotisch wirkendes Präparat empfiehlt Popper das salzsaure Papaverin (Roche) 0·2 bis 0·3 : 100·0, 2stündl. 1 Kinderlöffel. Am günstigsten wird das Erbrechen beeinflußt. Klotz.

Feer. *Über das Wesen und über die Infektionsverhältnisse des Keuchhustens.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 20.)

Feer nimmt in der Frage der Übertragung des Keuchhustens einen vermittelnden, auf große praktische Erfahrung gestützten Standpunkt ein. Er lehnt die Auffassung, den ganzen Keuchhusten als Imitationsneurose oder stark gesteigerten Hustenreflex zu deuten, ab. Neuropathische Individuen zeigen allerdings oft stärkere und anhaltendere Anfälle als andere. Auch die stärkere Beteiligung des weiblichen Geschlechtes ist auf die größere Empfänglichkeit des Nervensystems und der Psyche zurückzuführen. Feer hat jedoch nie bei zahlreichen Grippeepidemien gesehen, daß sich spontan Keuchhusten entwickelte, obwohl heftig hustende Kinder wochenlang beieinander im Saal lagen.

Spitalepidemien von Pertussis gehen von Kindern aus, die noch ohne typische Anfälle aufgenommen worden waren. Die Ausatmung erfolgt also wahrscheinlich im katarrhalischen Stadium — wo die Diagnose noch nicht gestellt werden kann. Nach Feers Beobachtungen beträgt das symptomlose Inkubationsstadium gewöhnlich 7 bis 12 Tage. Wahrscheinlich sind die Fälle im ausgebildeten Stadium convulsivum eben nicht mehr ansteckend. Verweis auf analoge große Erfahrungen von Weill und Pehu (Semaine médicale 1901). Auf diese Weise erklärt es sich, warum Czerny die Übertragbarkeit des typischen Keuchhustens ablehnt und warum wohl in Familien die Infektiosität der Pertussis so stark ist, im Krankenhaus dagegen nicht.

„Kommt ein Kind ins Spital in der Inkubationszeit oder im katarrhalischen Stadium, so entstehen hier leicht ausgedehnte Epidemien." Feer ist überzeugt, daß Pertussis genau so wie Masern und Grippe immer direkt übertragen wird. Räume, wo Keuchhusten geherrscht hat, kann man schon am nächsten Tage ohneweiters

wieder beziehen lassen. Erwachsene, bei denen Keuchhusten oft in larvierter Weise auftritt, können die Krankheit weiterverbreiten.

Eine dauernde Immunität wird durch Überstehen von Keuchhusten nicht gewährleistet; wenn auch Kinder nur extrem selten 2mal erkranken, so doch weit weniger selten die Eltern keuchhustenkranker Kinder. Der von Bordet-Gengou 1906 beschriebene Keuchhustenbazillus dürfte wahrscheinlich der spezifische Erreger sein und ist durch eine offenbar besonders weitgehende Affinität zu den hustenerregenden Nerven beziehungsweise deren Zentren ausgezeichnet. Die Fälle, bei denen ein keuchhustenartiger Husten ohne Keuchhusten besteht, sind selten, desgleichen die psychisch induzierten Fälle. Hat man früher die Bedeutung der Psyche unterschätzt, so besteht jetzt wieder die Gefahr, sie zu überschätzen.

Klotz.

August Heisler. *Erythema infectiosum.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 30.)

Bericht über eine kleine Epidemie von 25 Fällen. Ohne Vorboten und ohne nennenswertes Krankheitsgefühl erscheint im Gesichte, auf den Wangen ein makulo-papulöses, zur Konfluenz neigendes, bläulich-rotes Erythem. Die Haut erscheint livid, leicht gedunsen. Dann schnelles Wandern auf die Gegend um Lippen und Kinn herum, auf die Streckseite der Oberarme, auf Nacken, Schulterblätter, wo aber das Erythem kleinfleckiger, weniger konfluierend ist. Am 2., 3. Tage, falls überhaupt ein weiterer Schub des Ausschlages erfolgt, werden dann Gesäß, Oberschenkel ergriffen. Das Erythem ist so flüchtig, daß es förmlich unter den Augen verschwindet und dann wieder erscheint.

Die Inkubation wird auf 5 bis 14 Tage angenommen. Der jüngste Patient war ½ Jahr, der älteste 16 Jahre alt. Die ersten Fälle waren die intensivsten, die weiteren zeigten oft nur ein eintägiges Erythem. Die Infektiosität ist anscheinend nicht sehr groß. Die Prodrome waren meist wenig ausgesprochen. Mehrmals traten schmerzhafte, starke, initiale Drüsenschwellungen am Nacken, im Kieferwinkel auf, denen dann der Erythemausbruch folgte.

Das Fieber hielt sich in sehr mäßigen Grenzen. Einmal wurde 38·6 notiert bei einem mit stärkerem Exanthem kombinierten Falle. Schuppung wurde nur im Gesichte, meist am Kiefer beobachtet. Öfter deutliche Pigmentierung nach Verschwinden des Erythems. Bei einem Kinde wurde eine ziemlich lange anhaltende Stimmbandparese beobachtet.

Klotz.

Tuberkulose.

H. Kleinschmidt (Berlin). *Über latente Tuberkulose im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 22, S. 1120.)

Verf. konnte im Tierexperiment eine mit fallender Infektionsmenge zunehmende Inkubationsdauer der Tuberkulinempfindlich-

keit nachweisen und ebenso eine mangelhafte Tuberkulinempfindlichkeit des jugendlichen Individuums. Er zieht daraus Schlüsse auf die Möglichkeit einer relativ langen, selbst biologischen Latenz der Tuberkulose beim menschlichen Säugling. Nagel-Hoffmann.

W. Möller. *Bidrag till läran om kongenital tuberkulos.* (Beitrag zur Lehre von der kongenitalen Tuberkulose.) (Allm. svenska läkartidn., XI, 209, 1914.)

Bei der Sektion eines nur 2 Tage alten Kindes fand Möller ausgebreitete Tuberkulose (Tuberkelbazillen wurden nachgewiesen). Makroskopisch waren in der Leber und auf deren Oberfläche außerordentlich zahlreiche submiliäre bis erbsengroße Tuberkeln zu sehen. Dasselbe Bild bot die Milz. Die retroperitonealen Lymphdrüsen sind zu einem großen Konvolut zusammengebacken, das aus durchaus käsig umgewandelten, bedeutend vergrößerten Drüsen besteht. Die Lungen sind auch durchsetzt von nadelknopf- bis erbsengroßen Tuberkelknötchen. Auch in dem rechten Thymuslobus fand er einen erbsengroßen Tuberkel. Was die Mutter des Kindes anbelangt, war sie bei der Geburt des Kindes scheinbar gesund. Ungefähr 2 Monate nach der Entbindung erkrankte sie an Lungenkatarrh. Ein paar Monate später bekam sie einen gelblichen, nicht blutigen Ausfluß aus den inneren Genitalien. Einen Monat später wurde durch Probeexzision eine frische Tuberkulose in der Portio und Cervix konstatiert. Es wurde später eine Exstirpatio totalis uteri vorgenommen. Eine Woche nachher starb die Patientin infolge der Operation. Es waren dann 8 Monate nach der Entbindung verflossen. Die Sektion wurde verweigert. An dem exstirpierten Organe fand man auf der Hinterfläche des Uterus eine Sammlung grauweißer bis nadelknopfgroßer Knötchen. Die Serosa der Tuben war übersät mit ähnlichen Knötchen. In der Mucosa corporis uteri fand man auch dicht stehende miliäre, grauweiße Knötchen. Auf der Hinterlippe der Portio eine erbsengroße Ulzeration. Die Tuben waren in ihren abdominalen Teilen verdickt, die Lumina sind völlig ausgefüllt von einer graugelblichen Masse. Mikroskopisch zeigten sich die genannten Veränderungen als tuberkulös. Wernstedt (Malmö).

H. Rollet. *Über intrauterine miliare Tuberkulose.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, Nr. 31, S. 1274.)

Einwandfreier Fall von angeborener Tuberkulose. Mutter, eine Woche vor der Entbindung mit Fieber erkrankt, stirbt 12 Tage nach derselben an akuter Miliartuberkulose. Das 3600 g schwere Kind stirbt 48 Stunden post partum. Die Sektion ergibt allgemeine Miliartuberkulose; die zahlreichsten Knötchen in der Leber; 2 erbsengroße, vollständig verkäste Drüsen im Leberhilus; Verkäsung der intrathorakalen, partielle Verkäsung der mesenterialen Drüsen; Darm frei. Plazenta nicht untersucht; in einem bei der Sektion der Mutter gefundenen Plazentarrest keine Tuberkel, wohl aber Tuberkelbazillen. Reuß (Wien).

E. Sluka. *Über die Häufigkeit der Spitzentuberkulose im Kindesalter.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 8, S. 173.)

Der Artikel, dessen Lektüre nicht nur dem Kinderarzte, sondern auch den praktischen Ärzten wärmstens zu empfehlen ist, befaßt sich mit der bei Kindern so häufig gestellten Fehldiagnose „Lungenspitzentuberkulose". Es handelt sich einmal um asthenische, lange, hagere, blasse Kinder von „phthisischem" Habitus mit katarrhalischen Erscheinungen und abendlichen Temperatursteigerungen; die Röntgenuntersuchung zeigt aber normale Lungenfelder, höchstens einen etwas derberen Hilusschatten. In anderen Fällen handelt es sich zwar um tuberkulöse Veränderungen, aber, wie die Röntgenuntersuchung ergibt, nicht um Spitzenaffektionen, sondern um Bronchialdrüsen- oder Hilustuberkulose, wobei über der betreffenden Spitze tatsächlich abgeschwächtes Atmen und verlängertes Exspirium nachweisbar sein kann. Endlich können Thoraxveränderungen eine Spitzentuberkulose vortäuschen. Hierbei liegen entweder Folgeerscheinungen einer abgelaufenen Lungenerkrankung vor (Pleuritis oder Lungenschrumpfung infolge von Umlagerung eines Bronchus mit tuberkulösen Drüsen) oder primäre Thoraxveränderungen bei normalen Lungen (Skoliosen, Halsrippen). Die Röntgenologie hat uns gelehrt, daß die echte Lungenspitzentuberkulose beim Kinde eine überaus seltene Erkrankung ist. Reuß (Wien).

A. Ghon. *Zur Bedeutung der Lymphknotentuberkulose beim Kinde.* (Prager med. Wochenschr., 1914, Nr. 8, S. 75.)

Sektionsbefund eines 1½jährigen Kindes, welches wegen Stenosenerscheinungen und eines angeblichen Rachenbelages als diphtheriekrank aufgefaßt und intubiert worden war: Schwere tuberkulöse Veränderungen der intrathorakalen Lymphdrüsen, der Lunge und Pleura rechterseits; frischer Einbruch einer verkästen bronchopulmonalen Drüse in den Stammbronchus für den Oberlappen. Reuß (Wien).

Trèves. *Tuberculose à foyers et séquestres multiples.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 12, p. 921.)

Fall eines 3jährigen Mädchens, der wegen der großen Multiplizität der tuberkulösen Knochenherde und der schnellen Heilung (5 Monate) bei chirurgisch-radiologischer Behandlung veröffentlicht ist. Thorspecken (Badenweiler).

N. v. Jagič. *Orthostatisch-lordotische Albuminurie und Tuberkulose.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, S. 1556.)

Bei einem 11jährigen tuberkulösen Mädchen mit Hirntuberkeln und terminaler Meningitis wurde eine lordotische Albuminurie gefunden. Die histologische Untersuchung der Nieren ergab miliare Tuberkel bei sonst normalem Parenchym. Verf. vermutet in seinem Falle kausale Beziehungen zwischen orthotischer Albuminurie und Tuberkulose (toxische Nierenschädigung oder Folge der Nierentuberkulose). Reuß (Wien).

T. Frölich. *Undersökelser over Tuberkulose blandt Kristiania folke skoles barn.* (Untersuchungen über Tuberkulose bei Kindern der Volksschulen Kristianias.) (Norsk. Mag. f. Lägevidensk., Jahrg. LXXV, S. 137, 1914.)

Die Untersuchung umfaßt 2900 Kinder der Volksschulen Kristianias, die im Alter von 6 bis 9 Jahren standen. Die untersuchten Kinder entsprachen 66% aller Kinder, die dem ersten Kursus angehörten, und zwar diejenigen, die unter den schlimmsten hygienischen und ökonomischen Verhältnissen lebten. In den 3 Altersklassen 6 bis 7, 7 bis 8 und 8 bis 9 Jahren fiel Pirquet positiv aus bei 81·4 beziehungsweise 83·1 und 85·9% der untersuchten Kinder. Von den Knaben reagierten im ganzen 85·6% positiv, von den Mädchen nur 81·7%. Verf. will in diesem Verhältnisse einen Beweis dafür sehen, daß die Infektion hauptsächlich außerhalb des Elternhauses stattfindet, denn die Knaben laufen in dem vorschulpflichtigen Alter viel mehr als die Mädchen außerhalb des Heimes herum. Von den Kindern, die keine klinischen Zeichen einer Tuberkulose aufwiesen, reagierten 73·6% positiv. Von allen positiv reagierenden Kindern reagierten 75·3% sowohl auf humanes wie bovines Tuberkulin. 17·3% reagierten nur auf humanes und 7·4% nur auf bovines Tuberkulin.

Klinische Zeichen einer Tuberkulose konnten in 51·5% der positiv reagierenden Kinder nachgewiesen werden. Unter diesen Kindern hatten 44·7% Symptome einer Halslymphdrüsentuberkulose. 15·2% zeigten sich verdächtig auf eine Bronchialdrüsentuberkulose. In bezug auf den Wohnungsort wiesen diejenigen Kinder, die in den Fabrik- und Arbeitsstadtvierteln wohnten, die verhältnismäßig höchsten positiv reagierenden Prozentzahlen. Nur bei 4·8% der tuberkulös Infizierten konnte nachgewiesen werden, daß irgend ein Mitglied der Familie des betreffenden Kindes von Tuberkulose befallen war. In 48·4% aber gelang der Nachweis, daß die betreffenden Kinder in Häusern wohnten, wo auch an Tuberkulose leidende Personen untergebracht waren. In den Spielplätzen der Kinder, auf den Höfen und in den Treppen dieser Tuberkulosehäuser, die zugleich die Spuckplätze der Hauseinwohner sind, sieht Verf. die Hauptquelle der Infektion der Kinder mit Tuberkulose. Wernstedt (Malmö).

J. C. Trumpy. *Undersökelser over skrofulo-tuberkulosens blodbillede, speciellt med hensyn paa de hvite blodlegemmers antal og art.* (Untersuchungen über das Blutbild bei Skrofulo-Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Art und der Anzahl der weißen Blutkörperchen.) (Norsk. Mag. f. Lägevidensk., Jahrg., LXXV, S. 275, 1914.)

Die Untersuchungen beziehen sich auf 36 Kinder, von denen 30 mehr als 8, 23 mehr als 12 Jahre alt waren. Nur 4 waren 5 Jahre alt oder jünger. Die Kinder, die eine abgelaufene Tuberkulose zeigten, hatten im allgemeinen einen Morgenleukozytengehalt von unter 7000. Eosinophile Zellen fanden sich in normaler Zahl oder waren vermehrt. Es bestand eine relative Leukozytose, die vielleicht aber

nur den physiologischen Verhältnissen in diesem Alter entspricht. Kinder mit geschlossener, frischer Tuberkulose ohne Fieber hatten gewöhnlich einen Morgenleukozytengehalt von 7000 bis 10.000. Selten war die Leukozytenmenge höher. Im übrigen waren die Verhältnisse denen der vorigen Gruppe ähnlich. Kinder mit einer geschlossenen, von Fieber begleiteten Tuberkulose zeigten Abnahme der Eosinophilen, Kinder mit einer fistulösen tuberkulösen Affektion, die afebril verläuft, zeigen ein Blutbild, das in keiner Richtung von demjenigen bei den Kindern mit geschlossener Tuberkulose abweicht. Kinder, die eine fistulöse unter Fieber verlaufende tuberkulöse Affektion haben, zeigen eine manchmal bedeutende Leukozytose. Die Anzahl der Eosinophilen ist vermindert oder sie fehlen ganz. Die Leukozytose ist polynukleär. Sie steigt, je näher der letale Ausgang rückt. Wernstedt (Malmö).

Krabbel. *Tuberkelbazillen im strömenden Blut bei chirurgischen Tuberkulosen.* (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. CXX, S. 370.)

Bei 18 sicheren (klinischen) Knochentuberkulosen 12 positive Befunde; bei 5 Fällen von Drüsentuberkulose 1 positiver Fall; bei 4 Fällen von Haut-, Schleimhaut-, Sehnenscheidentuberkulose 1 positiver Fall.

Das Alter spielt keine Rolle, ebensowenig die Dauer der Erkrankung. Prognostisch ohne Bedeutung, dagegen differ.-diagnostisch, wenn keine klinisch nachweisbare Lungentuberkulose.

Schiller (Karlsruhe).

A. de Besche. *„Mixed viruses" ved barnetuberkulose.* (Mixed viruses bei der Tuberkulose der Kinder.) (Norsk. Mag. f. Lägevidensk., Jahrg. LXXV, S. 763, 1914.)

In einer im vorigen Jahr erschienenen Arbeit hat Verf. seine Untersuchungen über 50 Fälle von Tuberkulose im Kindesalter mitgeteilt, wo die Tuberkelbazillen in bezug auf den Typus untersucht wurden. Er fand in 45 Fällen den humanen, in 3 den bovinen Typus. In 2 Fällen war er im Zweifel, zu welchem Typus der Bazillus zu rechnen wäre. Weitere Untersuchungen über diese Fälle bilden den Gegenstand der obengenannten Mitteilung. Sie zeigten, daß in einem Falle der Bazillus dem Typus humanus zuzurechnen sei. Im andern Falle aber hat eine Mischinfektion vorgelegen. Er könnte hier Bazillen von sowohl humanem wie bovinem Typus züchten. Als Endresultat der ganzen Untersuchung wurde also gefunden: in 46 Fällen nur der Typus humanus, in einem Falle sowohl der humane wie der bovine Typus und in 3 Fällen nur der bovine. Von 50 tuberkulös infizierten Kindern, die nicht ausgewählt waren, fand er demnach Bazillen vom bovinen Typus in 8% der Fälle. Wernstedt (Malmö).

F. Luithlen. *Über Veränderungen der Hautreaktion.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 45, S. 1836.)

Seruminjektionen vermögen im Tierversuche auch spezifische Reaktionen wie die intrakutane Tuberkulinreaktion im abschwä-

chenden Sinn zu beeinflussen. Parenterale Einführung von kolloidalen Substanzen setzt die Durchlässigkeit der Gefäße herab; dies dürfte die Ursache dafür sein, daß durch Seruminjektionen besonders solche Erkrankungen der Haut günstig beeinflußt werden, welche mit Exsudation und Transsudation einhergehen. Wiederholte Blutentnahmen scheinen in ähnlichem Sinne zu wirken.

Reuß (Wien).

Y. Sorgo. *Über die Beeinflussung der kutanen und intrakutanen Tuberkulinreaktion durch Serum.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 45, S. 1837.)

Genauere Prüfungen des Pickert-Löwensteinschen Phänomens (welches darauf beruht, daß das Serum von Tuberkulösen, die bis zu hohen Dosen mit Tuberkulin vorbehandelt sind, tuberkulinentgiftende Eigenschaften besitzt) ergaben, daß die Fähigkeit, kutane und intrakutane Tuberkulinwirkung aufzuheben, auch dem Pferdeserum und Meerschweinchenserum zukommt, sowie dem Serum von Lungentuberkulösen, welche mit erhitztem Dysenterietoxin vorbehandelt worden waren. Die Serumwirkung hängt offenbar nicht von spezifischen Tuberkuloseantikörpern ab, sondern von nichtspezifischen Körpern (Lipoiden?), welche schon normalerweise im Serum präformiert sind und durch die Behandlung mit (spezifischen und nichtspezifischen) Eiweißkörpern eine beträchtliche Zunahme erfahren können. Vermutlich versagt beim Tuberkulösen infolge seiner ganz allgemeinen gesteigerten Eiweißüberempfindlichkeit gegenüber dem Tuberkulin die beim Gesunden als Entzündungshemmung sich äußernde Serumwirkung. Reuß (Wien).

v. Pirquet. *Graphische Analyse kutaner Reaktionen.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 29.)

„Die Methode besteht in einer durch mehrere Tage hindurch ausgeführten Registrierung der kutanen Effekte in bezug auf Flächenausdehnung, Hyperämie und Exsudation, der Darstellung in Kurvenblättern auf Grund eines unterlegten Schemas der zuerst provisorischen, dann definitiven Zusammenfassung in Kurvenbildern. Neu ist bei der vorliegenden Darstellung die Ziffernbezeichnung von Exsudation und Hyperämie, die Bestimmung der Begriffe Fußpunkt, Höhepunkt und Endpunkt der Reaktion." An instruktiven Abbildungen wird die geschilderte Art graphischer Registrierung der Kutanreaktion erleichtert. Die Lektüre des Originals ist zum Verständnis des Ganzen unbedingt erforderlich. Klotz.

W. Egerl. *Über das Kontrastphänomen bei lokaler Tuberkulinapplikation.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 11, S. 263.)

Hamburger hat gefunden, daß die Pirquetsche Kutanreaktion in der Regel nur bei solchen Individuen positiv ausfällt, welche auf eine subkutane Injektion einer 100.000fachen Tuberkulinverdünnung positiv reagieren. Von dieser Regel gibt es insofern Ausnahmen, als ausgesprochen phthisische oder phthiseverdächtige

Kinder gelegentlich eine stark positive Kutanreaktion zeigen bei negativer Stichreaktion auf 0·001 bis 0·01 mg Alttuberkulin. Solche Kinder zeigen jedoch später, — und zwar, wie es scheint, gewöhnlich zugleich mit einer Besserung ihres Allgemeinbefindens — häufig eine Änderung ihres Verhaltens zum Tuberkulin, indem sie subkutan stärker reagieren und kutan schwächer. Vielleicht läßt sich das „Kontrastphänomen", für das vorläufig keine Erklärung gegeben werden kann, insofern diagnostisch verwerten, daß es für aktive Tuberkulose beziehungsweise Phthise spricht. Reuß (Wien).

A. Kutschera R. v. Aichbergen. *Therapeutische Tuberkulineinreibung.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 23, S. 799.)

Verf. empfiehlt die perkutane Tuberkulinbehandlung in erster Linie für latente Tuberkulosefälle, während er bei manifester Tuberkulose die subkutane Behandlung vorzieht und nur dann perkutan behandelt, wenn diese aus irgend einem Grund nicht eingeleitet werden kann. Er beginnt bei manifester Tuberkulose mit der Einreibung von einem Tropfen einer Verdünnung 1 : 25 (Glyzerin) einmal wöchentlich, steigt nach je 4 Wochen um einen Tropfen bis zu 4 Tropfen und geht dann zur Verdünnung 1 : 5 über; nun derselbe Turnus und — bei Fehlen von Allgemein- oder Lokalreaktion — Übergang auf 2 Einreibungen pro Woche; zwischen den Etappen eventuell 4wöchige Pausen oder Rückgang auf schwächere Dosen. Bei latenter Tuberkulose kann mit der Verdünnung 1 : 5 begonnen werden. Dauer der Kur mindestens 2 Jahre. Sie eignet sich besonders für die Sanierung gefährdeter Familien und großer Internate (Klöster, Waisenhäuser u. dgl.). Bei Kindern (besonders exsudativen) und überempfindlichen Personen ist die Anwendung der milden Tuberkulinpräparate von Petruschky (Hadega) zu empfehlen.

Reuß (Wien).

A. Götzl. *Über das Tuberkulomuzin.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 23, S. 796.

Referat am IV. österr. Tuberkulosetag. Das Tuberkulomuzin (Weleminsky) ist als ein spezifisch wirksames Mittel anzusehen. Dosierung wie bei der Darreichung anderer spezifischer Präparate; Kontraindikation wie bei letzteren. Ob das Präparat wirksamer ist als die anderen, bleibt unentschieden. Eigene Untersuchungen bei chirurgischer Tuberkulose; relat. beste Resultate bei Karies und Fungus. Reuß (Wien).

J. Philipowicz. *Beitrag zur Röntgentherapie der Lymphdrüsentuberkulose.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, Nr. 51, S. 2106.)

Bericht aus der Eiselsbergschen Klinik (26 Fälle, darunter 2 Kinder von 10 und 14 Jahren) über sehr günstige Resultate der Röntgenbehandlung von tuberkulösen Lymphomen, Fisteln, Skrofulodermen. Als Kontraindikation gilt das Alter unter 10 Jahren.

Reuß (Wien).

H. Pohl. *Zur Chemotherapie der Tuberkulose.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 5, S. 96.)

Versuche über Behandlung (meist vorgeschrittener) Lungentuberkulose mit Salvarsan und Methylenblau-Kupferpräparaten. Keine nachweisbaren Erfolge. Reuß (Wien).

Leriche. *Chirurgische Gedanken über die Heliotherapie, besonders bei tuberkulösen Erkrankungen im Kindesalter.* (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. CXXII, S. 150.)

Verf. empfiehlt Sanatorien, kleine Hospitäler auf dem Lande, im Gebirge, an der Peripherie der Städte, Tageskrippen zur Heliotherapie und macht im übrigen darauf aufmerksam, daß die Heliotherapie zu Unrecht auf Rolliers Namen getauft worden sei, richtiger müsse sie die Poncetsche Methode heißen. Von „chirurgischen Gedanken", die der Titel verspricht, ist freilich in dem kleinen Aufsatz nichts zu finden. Schiller (Karlsruhe).

Kisch und **Grätz.** *Über die Einwirkung der Sonnenstrahlen auf tuberkulöse Fisteln.* (Arch. f. klin. Chir., 1914, Bd. CIV, S. 494.)

Auf Grund ihrer Studien am Material der Rollierschen Anstalten in Leysin konstatieren die Verff. und belegen es sinnfällig durch zahlreiche überzeugende Abbildungen, daß die tuberkulösen Fisteln ein ausgezeichnetes Objekt für die Sonnenbehandlung sind. Reine Weichteilfisteln heilen durchschnittlich in 4 bis 6 Monaten. Ist die Fistelbildung durch einen Knochen- oder Gelenksprozeß bedingt, so dauert die Heilung durchschnittlich 1 Jahr.

Unter der Besonnung zeigt sich bei allen Fisteln ein gesteigerter Einschmelzungsprozeß der kranken Gewebe, verbunden mit vermehrter Sekretion. Der anfänglich dicke Eiter wird dünnflüssig, serös. Es bilden sich frische, blutreiche Granulationen, über die sich allmählich von der Peripherie ein solider Epidermissaum zieht. War mit der Tuberkulose der Weichteile ein tieferer Knochenprozeß verbunden, so zeigt sich zuerst ein Nachlassen der Schmerzen, gleichzeitig Erweichung und Ausstoßung der fungösen Schwellung, oft mit neuer Abszeß- und Fistelbildung. Nach Einschmelzung des erkrankten Knochenherdes setzt Abnahme der Atrophie, Sklerosierung des Knochens und starke Demarkation gegen das gesunde Gewebe ein. Dauernder Fistelschluß setzt völlige Ausheilung in der Tiefe voraus. Es handelt sich also um Einschmelzung des kranken Gewebes, nicht um Abkapselung, als Wirkung der Heliotherapie.

Schiller (Karlsruhe).

Garré. *Die Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. CI, S. 376.)

Aus dem umfassenden Vortrag gebe ich nur die für das Kindesalter geltenden Ansichten des Verfassers wieder.

1. Schultergelenk. Im 1. Dezennium Jodoforminjektion, später eventuell auch Resektion, die unerwartet gute Spätresultate gibt.

2. Ellbogengelenk. Jodoforminjektionen und fixierende Verbände ergeben bei Kindern in 1 bis 2 Jahren meist befriedigende Resultate.

3. Handgelenk. Typische Resektion ist ganz zu verwerfen. Konservative Behandlung, eventuell Auslöffelung usw.

4. Hüftgelenk. Gipsverband, Gehgipsverband nach Lorenz-Kapeller nach Richtigstellung durch Extension. Jodoform nur bei Abszedierung mit Richtigstellung durch Extension oder Gipsverband. Ankylose in guter Mittelstellung gibt die besten Resultate. Resektion nur für schwerste Fälle, nämlich a) bei schweren profusen Eiterungen mit Zerstörung des Gelenkes, b) bei schweren fungösen Formen, bei dauernd schlechtem Allgemeinbefinden, unverändertem Fungus und schmerzhaftem Gelenk auch bei Kindern, c) bei großen Sequestern, besonders Pfannensequestern.

5. Kniegelenk. Hier gibt die konservative Methode die mangelhaftesten Resultate, von Arthrektomie hat Verf. auch nichts Gutes gesehen, das beste ist noch immer, auch bei Kindern, eine sparsame Resektion. Auch die orthopädische Behandlung kann weder Verkürzung noch Verkrümmung mit Sicherheit verhüten. Bei der Resektion muß natürlich der Epiphysenknorpel, wo es irgend geht, peinlich geschont werden. Das Tragen von Hülsenverbänden zur Nachbehandlung ist notwendig. Nach dem 13. Lebensjahre kommen meist keine schwereren Resektionsverkrümmungen vor (bei 84 Resektionen von Kindern 53·4% ohne Flexion, 31·4% Flexion bis 150°, nur bei 14% stärkere Krümmung, die Nachresektion nötig machte).

6. Fußgelenk. Jodoforminjektion und Gipsverband nur bei frischen Fällen ohne Fisteln und gutem Allgemeinstatus und bei solchen ohne ausgedehnte Knochenzerstörung und ohne Sequester. Alle anderen Formen, auch bei Kindern (mehr als 43 Fälle) im 1. Dezennium werden reseziert nach König. Die Resultate sind in 27% vorzüglich, in 31% gut.

Die Arbeit basiert auf eigenen Erfahrungen an über 1000 Fällen.

Schiller (Karlsruhe).

E. Kahn und **O. Seemann** (Bonn). *Schlechte Erfahrungen bei chirurgischer Tuberkulose mit dem Friedmannschen Mittel.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 28, S. 1420.)

Verf. konnten niemals Besserung durch das Friedmannsche Mittel sehen, dagegen besonders bei Kindern bedeutende Störungen des Allgemeinbefindens, die den Ernährungszustand und damit die Widerstandskraft wesentlich schädigten. Nagel-Hoffmann.

R. Drachter (München). *Erfahrungen mit dem Friedmannschen Heilmittel bei chirurgischer Tuberkulose.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 28, S. 1422.)

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wurde Heilung oder Besserung nicht geschen, dagegen mitunter recht erhebliche Ver-

schlechterung. Nur einige wenige Fälle wurden anscheinend spezifisch günstig beeinflußt. Nagel-Hoffmann.

Syphilis.

Josef Friedjung. *Fortschritte in der klinischen Diagnostik (Physiognomik) und Theorie der hereditären Syphilis.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 32.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf gewisse charakteristische Typen von hereditär-luetischen Kindern und will den Blick für diese rein äußerliche „Blickdiagnose" schärfen.

Der erste Typus betrifft Säuglinge des ersten Lebenshalbjahres mit kugeligem Schädel ohne Hyperostosen, die Gesichtszüge sind infolge spezifischer Infiltration der feineren Details beraubt. Die Farbe ist hell-kaffeebraun. Oft Koryza. Fast immer Kubitaldrüsen. Häufig Milz- und Lebertumor.

Der zweite Fall betrifft Kinder von 9 bis 24 Monaten. Dieselben sind gelblich-blaß, haben radiäre Lippennarben, ferner Kubitaldrüsen, oft Milz- und Lebertumor. Am Skelett rachitische Erscheinungen und daher meist so diagnostiziert. Schädel mäßig hydrozephal oder mit starken Hyperostosen (Caput natiforme).

Dem dritten Typus begegnet man vom 8. Jahre ab. Die Gesichtsform zeigt etwa die eines Dreiecks mit der Basis nach oben (Olympierstirn, tiefliegende Augen, flacher Oberkiefer, verkniffene Lippen mit radiären Narben, Stulpnase). Caput natiforme ist seltener, desgleichen Hutchinsonsche Zähne. Öfter Kubitaldrüsen. Blässe, dürftiger Ernährungszustand. In der Weiterentwicklung infantilistische Tendenzen.

Nach Wassermann reagierten von diesen 3 Typen 67%, also etwas mehr als bei der latenten Lues Erwachsener.

Weiterhin wird noch das Für und Wider der maternen und paternen Vererbung kurz erörtert. Klotz.

A. Spiecker. *Beiträge zum Studium der hereditären Lues des Nervensystems. (Friedreichscher Symptomenkomplex.)* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 519—538.)

Bei 2 Geschwistern im Alter von $5^3/_4$ und $2^1/_4$ Jahren wurde ein Krankheitsbild beobachtet, das als hereditäre Ataxie bezeichnet werden mußte. Die wesentlichsten Störungen waren statische und lokomotorische Ataxie, Herabsetzung oder Erlöschung der Patellarreflexe, Nystagmus, mangelhafte Sprachentwicklung, Sensibilitätsstörung an den Beinen und choreiforme Muskelzuckungen bei erhaltener Pupillen-, Blasen- und Mastdarmfunktion. Beide Kinder wiesen keine Zeichen von angeborener Lues auf, doch gab das Blut die Wassermannsche Reaktion. Durch eine Schmierkur wurde in beiden Fällen eine erhebliche Besserung der Erscheinungen erreicht. Daraus geht hervor, daß auf dem Boden einer angeborenen Lues Krankheitsbilder entstehen können, die klinisch von der Friedreichschen Krankheit nicht zu unterscheiden sind. H. Vogt.

F. Glaser. *Syphilis haemorrhagica hereditaria oder Säuglings-Raynaud?* (Med. Klinik, 1914, Nr. 27.)

Ein 11 Monate alter, von luetischen Eltern stammender luetischer Säugling wurde mit ausgebreiteten Hautblutungen dem Spital überwiesen und dort spezifisch behandelt. (Wöchentlich 0·001 Sublimat intramuskulär.) Während der Behandlung im Krankenhause traten ununterbrochen, etwa $2^1/_2$ Monate lang, in unregelmäßigen Zwischenräumen neue Hautblutungen auf, die sich häufig auch mit Blasen bedeckten, exulzerierten, aber stets wieder abheilten. Von da ab bis zur Entlassung (2 Monate lang) keine Blutungen mehr, sondern nur vasomotorische Störungen an den Füßen in Gestalt von blauroter Verfärbung und Ödem. Verf. verbreitet sich dann in extenso darüber, ob die Affektion als luetisch oder als Raynaud zu deuten sei. Er entscheidet sich für letzteres und bezeichnet die Hautsugillationen als vasomotorische Purpura. Die lokale Asphyxie dürfte auf kürzere oder längere Zeit dauernde Venenkrämpfe zurückzuführen sein.

Klotz.

F. Lesser und **R. Klages** (Berlin). *Über ein eigenartiges Verhalten syphilitischer Neugeborener gegenüber Wa.-R.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 26, S. 1309.)

Fast die Hälfte der syphilitischen Neugeborenen reagierte mit Alkoholextrakt negativ, mit Ätherextrakt dagegen stark positiv. Diese Differenz hob sich erst nach 2 bis 3 Monaten auf. Verff. empfehlen darum, gerade bei Neugeborenen die Reaktion mit verschiedenen Extrakten anzustellen, wobei der positive Ausfall maßgebend ist.

Nagel-Hoffmann.

Galliot. *La syphilis de l'enfant et son traitement par le Salvarsan.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 12, p. 892.)

In Anbetracht der großen Sterblichkeit hereditär-syphilitischer Säuglinge in den ersten Wochen (71·2% nach Leduc) bietet eine intrauterine Behandlung des Fötus weit bessere Chancen als die Behandlung post partum. Hg-Behandlung der Graviden gibt nur wenig bessere Resultate: 17·6% lebende Kinder nach Sauvage bei aktiv syphilitischen Prozessen und 75·9% bei latenter Syphilis der Mutter. Bei Salvarsanbehandlung dagegen blieben 86·8% bei aktiver Syphilis der Mutter am Leben und 91·7% bei Hinzurechnung auch der latent Syphilitischen. Schädigungen der Mutter durch die Salvarsanbehandlung treten nicht ein. Gegen Ende der Gravidität sollen keine Injektionen gemacht werden, da sie eine verfrühte Geburt verursachen können. Die Sterilisation des Fötus scheint leicht und schnell zu gelingen, doch sollten trotzdem mindestens 2 g Salvarsan (0·3 pro dosi in Abständen von mindestens einer Woche) injiziert werden.

Viel schwieriger ist die Salvarsanbehandlung des syphilitischen Säuglings. Die indirekte Methode (Milch antiluetisch behandelter Ammen oder Ziegen) ist höchst unsicher. Intramuskuläre Behandlung führt selten zu Dauerheilung, schwere Fälle bleiben unbeeinflußt.

Unangenehme Nebenerscheinungen sind nicht selten. Intestinale Behandlung ist erfolglos. (Die intravenöse Behandlung findet keine Berücksichtigung.) Für den Säugling wird deshalb der Hg-Behandlung unbedingt der Vorzug gegeben.

Für die kindliche Syphilis gilt folgendes: Intravenöse Behandlung ist von 5 bis 6 Jahren an möglich. Bei erworbener Syphilis gelten die Regeln wie für Erwachsene, die Dosierung dem Alter angepaßt. Bei akuten Erscheinungen hereditärer Syphilis ergibt energische Salvarsanbehandlung bessere Resultate als Hg. Für die Behandlung von syphilitischer Dystrophie scheint sich eine kombinierte Behandlung von Salvarsan und Hg am meisten zu empfehlen.

Thorspecken (Badenweiler).

Zirkulationsapparat.

Marfan. *Le diagnostic des épanchements péricardiques et la ponction épigastrique du péricarde.* (Semaine méd., 1. Octobre 1913.)

Wie aus der diagnostischen Übersicht Marfans hervorgeht, gibt es nur wenige unbedingt beweisende Kriterien für die Existenz eines Perikardialergusses. Die bekannten Methoden zur Punktion des Herzbeutels haben zu viele Nachteile an sich, um zu diagnostischen Zwecken verwendet zu werden. Marfan empfiehlt dagegen die von ihm seit einigen Jahren geübte epigastrische Punktion. Er beschreibt das Verfahren genau. Man geht mit der Punktionsnadel oder dem Troikart bei dem halbsitzenden Patienten in der Mittellinie unter dem Processus xiphoides schräg nach oben ein. Dabei senkt man die Hand weiter gegen die Bauchwand, so daß man dicht an der Hinterwand des Processus xiphoides hochgehend den Herzbeutel durchsticht. Die Nadel muß bei Kindern unter 5 Jahren etwa 4 cm, bei Erwachsenen fast 6 cm vordringen. Man verletzt dabei weder das Peritoneum noch das Diaphragma und man kann, wo eine Entleerung indiziert ist, den Herzbeutel von hier aus am vollständigsten entleeren. Der Eingriff ist kontraindiziert bei starker Tympanie des Abdomens und bei Trichterbrust. 3 Fälle zeigten die Gefahrlosigkeit der Punktion, wenn kein Erguß vorliegt. Marfan hält deshalb die Punktion in allen Fällen indiziert, bei denen ein Erguß sicher oder wahrscheinlich ist, um die Natur des Ergusses festzustellen respektive die Diagnose zu sichern. Thorspecken (Badenweiler).

Respirationsorgane.

Kruse. *Die Erreger von Husten und Schnupfen.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 28.)

Verf. infizierte gesunde Menschen mit dem Berkefeldfiltrat vom Sekret eines akuten Schnupfens. 33 beziehungsweise 12% der

Infizierten bezogen daraufhin einen Schnupfen. Kruse schließt aus diesem Versuch, daß die Erreger „mindestens einer Form des Hustens und Schnupfens zu der Gruppe der unsichtbaren oder filtrierbaren Keime gehören". Er schlägt für die ganze Spezies der Keime des filtrierbaren Virus den Namen Aphanozoen vor; für den vorliegenden Keim also Aphanozoum coryzae. Klotz.

H. G. Melville Dunlop. *Empyem im Kindesalter.* (Edinburgh. med. Journ., Bd. XIII, S. 4—12.)

Auf 861 Fälle von Pneumonie kamen im gleichen Zeitraum 98 Fälle vom Empyem zur Beobachtung. Unter 59 Fällen von Pleuraerguß bei Kindern bis zu 3 Jahren waren 53 eitrig, und ein Teil der übrigen Fälle lieferte ein trübes Exsudat, das bei längerem Bestand wohl noch eitrig geworden wäre. In der späteren Kindheit kommen häufiger seröse Ergüsse zur Beobachtung, wie folgende Übersicht über 119 Fälle von Pleuraergüssen zeigt.

Bis zu 6 Monaten	3 Fälle	eitrig,		
von 6 Mon. bis 1 Jahre	9 Fälle,	8	eitrig,	1 serös,
„ 1—2 Jahren . . .	26 „	24	„	2 „
„ 2—3 „ . . .	21 „	18	„	3 „
„ 3—5 „ . . .	23 „	18	„	5 „
„ 5—10 „ . . .	57 „	27	„	30 „
über 10 Jahre	10 „	1	„	9 „

In 53% der Fälle waren Pneumokokken in Reinkultur vertreten, in 16% Streptokokken, in 14% bestand eine Mischinfektion von Streptokokken und Pneumokokken. Staphylokokken waren in 3% der Fälle zugegen, wobei der Eiter mehrfach Fäulnisgeruch aufwies. Tuberkelbazillen wurden in 3% der Fälle angetroffen, während auf andere Erreger 6% entfielen. Die linke Brustseite war 45mal, die rechte 39mal betroffen. In 4 Fällen trat das Empyem auf beiden Seiten auf. Das Allgemeinbefinden ist meist schwer beeinträchtigt und es kommt zu starker Abmagerung. In 40% der tödlich verlaufenen Fälle fand sich eitrige Perikarditis, die häufig keine charakteristischen Erscheinungen während des Lebens gemacht hatte. Die Sterblichkeit belief sich auf 19% aller Fälle und 36% der Fälle unter 2 Jahren. Die Pneumokokkenempyeme geben eine bessere Prognose als die auf Mischinfektion oder auf Streptokokken zurückzuführenden. Bei dünnflüssigen Empyemen kann Aspirationsbehandlung ausreichend sein. Für ganz junge Kinder ist Inzision der Rippenresektion überlegen. H. Vogt.

Fouzin. *Empyème à pneumocoques chez un enfant agé de sept semaines.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 11, p. 850.)

Der Fall bietet keine Besonderheiten, er beweist nur, daß die Rippensekretion für den Ausgang der Krankheit nicht günstig war.

Thorspecken (Badenweiler).

O. David. *Akute primäre diphtherische Lungenentzündung.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 42.)

Ein 9jähriger Junge erkrankt an einer linksseitigen Pneumonie, die bald zurückgeht und an welche sich eine leichte Pleuritis (keine Probepunktion) anschließt. Am 12. Tage seines Krankenhausaufenthaltes, nachdem schon 3 Tage lang Apyrexie bestand, plötzlich hoher Fieberanstieg und extreme Dyspnöe, die durch Tracheotomie größtenteils beseitigt wird. Die Untersuchung ergab eine Dämpfung rechts hinten bis zur Skapula und Bronchialatmen, links war ebenfalls eine leichte Zunahme der Dämpfung zu konstatieren. Exitus am 3. Tage.

Die Sektion zeigte Membranen vom Kehlkopf herab bis ins Lungenparenchym hinein, Bronchitis fibrinosa, Pneumonia crouposa. Im Lungengewebe Diphtheriebazillen in Reinkultur, keine Pneumokokken. Auf Grund genauerer epidemiologischer Nachforschungen erklärt Verf. die Pathogenese der vorliegenden Erkrankung derart, daß auf irgend einem, nicht mehr feststellbarem Wege Di-Bazillen in die linke Lunge gelangt sind und dort eine primäre Pneumonie hervorriefen. Durch Expektoration infizierte das Kind dann seine eigene Trachea und weiterhin die rechte Lunge. Klotz.

Blut und blutbildende Organe.

C. Cantieri. *Über die Cholesterinbehandlung eines Falles von Anaemia splenica des Kindesalters.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, Nr. 48, S. 1976.)

Injektionen von „Coleolo Serono" (Olein- und Palmitinäther des Cholesterins in Mandelöl gelöst, in Phiolen von je 1 cm^3) bei einem 11monatigen Kind mit Anaemia splenica (aplastischer Typus) führten im Laufe von kaum 2 Monaten zu einer wesentlichen Besserung des Blutbildes und Ernährungszustandes und zu einer beträchtlichen Verkleinerung der Milz. Reuß (Wien).

Masanobu Kusunoki. *Die perniziöse Anämie im früheren Kindesalter.* (A. d. pathol. Institut d. Univ. Basel.) (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Nr. 27.)

Die perniziöse Anämie im früheren Kindesalter ist sehr selten; die bisher publizierten Fälle sind nicht einwandfrei und von den meisten Autoren bestritten. Der vorliegende Fall eines 6jährigen Mädchens, der im Basler Kinderspital beobachtet wurde und zur Sektion kam, bietet darum großes Interesse. Die klinischen wie die anatomischen und die genaueren histologischen Befunde sprechen alle für eine typische Perniziosa und lassen den Fall speziell gegen die Anaemia pseudoleucaemica infantum (Fehlen der Leukozytose) scharf abtrennen.

Die Hauptkriterien der Perniziosa (hoher Färbeindex, das Vorhandensein von Megaloblasten und Megalozyten) sind hier nachgewiesen. Klinisch war das Bild einer schweren Anämie ohne bemerkbare Ursache mit Hautblutungen und Blutbrechen da; bei der Autopsie ergaben sich ausgesprochene anämische Zustände und Siderosis der Organe, rotes Knochenmark, Anschwellung verschiedener Lymphdrüsen, der Tonsillen und Darmfollikel, Blutungen des Augenhintergrundes und fettige Tigerung des Herzmuskels. Mikroskopisch fanden sich ausgedehnte Blutbildungsherde besonders in Lymphdrüsen, Tonsillen, Leber und auch etwas in der Milz und im Bindegewebe der Rachenwand. Im Knochenmark waren außer sehr reichlichen Normo- und Megaloblasten und Myelozyten auch ziemlich zahlreiche Myeloblasten vorhanden, ferner große Mengen von eisenhaltigem Pigment (ebenso in Leber und Nieren).

E. Burckhardt. (Basel).

W. H. Howell. *Der Zustand des Blutes bei Hämophilie, Thrombose und Purpura.* (Arch. internal. med., Bd. XIII, S. 76—95.)

Mit Hilfe eigens ausgearbeiteter Methoden, die einen Vergleich zwischen normalem und pathologischem Blut ermöglichen, untersuchte Verf. das Blut von Hämophilen und von Kranken mit spontaner Thrombose. Bei Hämophilen fand sich normaler oder etwas erhöhter Gehalt an Antithrombin bei Mangel an Prothrombin. Zur Diagnose auf Hämophilie kann das Verhalten des Blutes herangezogen werden bei Mischung mit Oxalat und nachträglichem Kalkzusatz. Unter diesen Umständen gerinnt normales Blut innerhalb 9 bis 12 Minuten, während die Gerinnungszeit des hämophilen Blutes erheblich hinausgeschoben ist. Bei Kranken mit spontan einsetzender Thrombose war der Antithrombingehalt des Blutes herabgesetzt. Bei hämorrhagischer Purpura und anderen Purpuraformen war eine Änderung im Antithrombin- oder Prothrombingehalt nicht nachweislich.

H. Vogt.

Lymphatischer Apparat.

S. Tenzer. *Einiges zur Tonsillektomiefrage unter Berücksichtigung unserer bisherigen Resultate an tonsillektomierten Kindern.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, Nr. 47, S. 1936.)

Verf. tritt warm für die Tonsillektomie ein. Irgend welche Ausfallserscheinungen nach der Operation konnten niemals konstatiert werden. Die Methode ist in 80% der Fälle technisch befriedigend. Nachblutungen zwar häufig stärker als nach der Tonsillotomie, aber nicht lebensbedrohlich. Erfolg (auch bei jungen Kindern von 2 bis 3 Jahren) in der Regel sehr günstig; völliges Sistieren der Anginen, keine Nachkrankheiten, oft auffallend günstige Beeinflussung des Allgemeinzustandes. Reuß (Wien).

Ed. Handrick. *Zur Entstehung der eitrigen Parotitis im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 574—580.)

Eine eitrige Parotitis kann dadurch zustandekommen, daß eine Infektion zunächst den Ausführungsgang der Drüse ergreift und von da auf das Drüsengewebe fortschreitet. Daneben kommt noch eine andere Entstehungsweise in Betracht, wie sie einige Beobachtungen des Verf. nahelegen. Die in das Parotisgewebe eingebetteten Lymphdrüsen stehen in direkter Verbindung mit dem Mittelohr und der vorderen Wand des äußeren Gehörganges. Entstehen in ihnen heftige Entzündungen, so können diese nach Durchbrechung der Drüsenkapsel auf die Parotis übergreifen. H. Vogt.

Innere Sekretion.

A. Josefson. *Dentition, harutveckling och inre sekretion.* (Dentition, Haarentwicklung und innere Sekretion.) (Hygiea, Bd. LXXVI, S. 201, 1914.)

Verf. beobachtete in einigen Fällen eine verspätete Zahn- und Haarentwicklung. Durch Organotherapie (Thyreoidea) wurde der Zustand erheblich beeinflußt. In einem Falle handelte es sich um einen 11jährigen Knaben, der nur einen bleibenden Zahn hatte. Die Kopfhaare waren sehr dünn, pigmentlos und noch nicht gewechselt. Unter Thyreoideabehandlung wurden die Zähne ziemlich rasch gewechselt. Die dünnen Kopfhaare fielen aus und wurden von einem dickeren, pigmentierten Haarwuchs ersetzt. Noch 2 Geschwister des Patienten zeigten ähnliche Entwicklungsanomalien, die in derselben Weise durch Thyreoideabehandlung in günstiger Richtung beeinflußt wurden. Aus den Beobachtungen seiner Fälle wie aus zahlreichen, aus der Literatur mitgeteilten klinischen und experimentellen Erfahrungen verschiedener Art zieht Verf. den Schluß, daß sowohl die Entwicklung der Haare wie die Dentition von den endokrinen Drüsen reguliert werden. Eine Hemmung der inneren Sekretion bedingt eine Verspätung, eine Hyperfunktion des endokrinen Systems im Gegenteil eine Beschleunigung der Dentition und der Haarentwicklung. Eine verspätete Dentition soll als ein Frühsymptom einer Entwicklungshemmung betrachtet werden, das in mehreren Fällen eine Organotherapie indiziert. Hierdurch wird eine schnellere Dentition beziehungsweise ein schnellerer Haarwechsel hervorgerufen. In Familien mit kongenitalen Eigentümlichkeiten verschiedener Art soll die Zahn- und Haarentwicklung beobachtet werden. In solchen Familien ist manchmal indiziert, bei den schwangeren Frauen eine Organotherapie einzuleiten. Wernstedt (Malmö).

Phélip et Trêves. *Thyréoidite aiguë grippale chez une enfant de treize ans atteinte de mal de Pott cervical inférieur.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVII, H. 6, p. 434.)

Bei diesem Falle von akuter Thyreoiditis trat unter hohem Fieber eine so starke Schwellung der Schilddrüse mit Kompression der Trachea auf, daß eine tiefe Tracheotomie notwendig wurde. Der Beginn der Erkrankung mit Allgemeinerscheinungen und Magen-Darm-Symptomen sowie der rasche Verlauf spricht dafür, daß es sich um eine grippale Erkrankung ohne Zusammenhang mit der Wirbelaffektion des Kindes handelt. Thorspecken (Badenweiler)

H. Oswald. *Zur Behandlung des endemischen Kretinismus.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Nr. 24.)

In Übereinstimmung mit den günstigen Resultaten, die von Wagner von Jauregg, Kutschera, Magnus-Levy u. a. durch eine systematisch betriebene Thyreoidalmedikation bei endemischem Kretinismus erreicht worden sind, veröffentlicht Verf. 2 Fälle mit ähnlich guten Erfolgen.

Bei einem 16jährigen Jüngling, bei dem das Wachstum so gut wie stillgestanden war, konnte ein Längenwachstum von 28·5 cm in zirka 3 Jahren festgestellt werden und damit Hand in Hand ein Zurückgehen der übrigen kretinischen Merkmale; ebenso günstig wirkte die Therapie beim 2. Fall. Der Arzt ist verpflichtet, jeden Fall von endemischem Kretinismus mit Schilddrüse zu behandeln und zwar je früher desto lieber. Wenn auch die schwersten, mit Idiotie und Taubstummheit verbundenen Fälle widerspenstig sind, so zeigen neben den leichten Fällen auch die mittelschweren oft eine wesentliche Besserung.

Verf. gibt alle 2 Tage 0·1 g Jodthyreoglobulin, dem nach eigenem Verfahren dargestellten chemisch reinen Sekret der Schilddrüse. Es ist in genau dosierten Tabletten im Handel unter dem Namen Thyreokrin. E. Burckhardt (Basel).

K. Pfeiffenberger. *Schilddrüsenstörungen und Kropf bei Schulkindern im Bezirke Imst.* (Zeitschr. f. öffentl. Gesundheitspfl., 1914, H. 1, Sep.-Abdr.)

Pathologische Schilddrüsenveränderungen wurden bei Kindern im Beginn des Schulbesuches selten gefunden. Mit der Dauer des Schulbesuches nimmt dagegen die Erkrankungshäufigkeit progressiv zu. Vermutlich handelt es sich bei dieser eigentümlichen Tatsache darum, daß ein infektiöses Agens erst nach länger dauerndem Kontakt seine Wirksamkeit entfaltet kann. Pfeiffenberger bestätigt ferner die Anschauung Kutscheras, daß das fragliche Virus oberhalb bestimmter Höhenlagen keine besonders günstigen Existenzbedingungen findet. Klotz.

A. Kutschera. *Kropf und Kretinismus in Tirol und Vorarlberg.* (Zeitschr. f. öffentl. Gesundheitspfl., 1914, H. 1, Sep.-Abdr.)

Verf. bringt die von ihm bereits an anderer Stelle geäußerten Bedenken (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 8, siehe Monatschr. f. Kinderheilk., Referate Bd. 12, S. 385) gegen die Wasserätiologie des Kropfes erneut vor. Er macht ferner darauf aufmerksam, daß

kropffreie oder nur schwach verseuchte Ortschaften ziemlich hoch (über 1300 Meter) gelegen sind. Ferner sind es anscheinend nicht die Kropfhäuser selbst, an denen der Kropf zäh haftet, vielmehr gewisse Rassen und Familien. Doch gibt es auch Ausnahmen hiervon.

Eine wichtige Rolle als Kropfverbreiter spielt die Schule. Mit zunehmendem Alter der Schüler nimmt die Kropfhäufigkeit zu. Mit den Erfolgen der Schilddrüsenbehandlung ist Kutschera sehr zufrieden. Sie sind besser als in Steiermark und beruhen auf der großen Gewissenhaftigkeit und Ausdauer, mit welcher die interessierte Bevölkerung, besonders in Voralberg, die Medikation vornimmt.

Klotz.

Verdauungstraktus.

Moro. *Über rezidivierende Nabelkoliken bei älteren Kindern.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 51.)

Ohne daß sich ein besonderer Anlaß findet, werden die Kinder beim Spiel, bei Tisch, während eines Spazierganges usw. plötzlich blaß und äußern Schmerzen in der Nabelgegend, die oft als außerordentlich heftig imponieren. Manchmal halten die Schmerzen ununterbrochen stundenlang an, oft nur Minuten und rezidivieren häufig. Überhaupt ist das häufige Rezidivieren charakteristisch; die Anfälle kehren ferner mit einer gewissen Regelmäßigkeit wieder.

Häufig wird die Rektaltemperatur leicht erhöht gefunden, sonst aber fehlt höheres Fieber. Auch Erbrechen ist selten. Periodisches, azetonämisches Erbrechen wurde beobachtet. Die Pathogenese der Nabelkoliken ist unklar. Von Bedeutung ist die Tatsache, daß es sich stets um neuropathische Kinder handelt. Die Therapie ist suggestiv (Faradisieren, Leukoplaststreifen über den Nabel u. dgl.).

Von größter Wichtigkeit ist jedoch die Tatsache, daß besonders ausgeprägte Zustandsbilder von Nabelkolik mit angedeuteter Défense musculaire, mit mehr in die rechte Flanke projizierten Symptomen u. dgl. als Appendizitis vorbeidiagnostiziert und operiert worden sind.

Klotz.

Walko. *Die spastischen Erkrankungen des Verdauungskanals.* (Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh., herausgegeben von Albu-Berlin, Bd. 5, H. 3.) (C. Marhold, Halle, 1914, Preis: M. 1.50.)

Behandelt die einschlägigen Erkrankungen der Erwachsenen.

Klotz.

Poulsen. *Multiple mesenteriale Chyluszysten bei einem 7jährigen Mädchen. Volvulus mit Darmperforation und diffuser Peritonitis. Resectio ilei. Heilung.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. CI, S. 139.)

Kasuistische Mitteilung. Die Zysten waren zum Teil in die Darmwand hinein zwischen Serosa und Muskularis entwickelt.

Schiller (Karlsruhe).

H. C. von den Vrijhoef. *Ein Fall von Hirschsprungscher Krankheit.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, Nr. 32, S. 1309.)

14monatiges Kind mit Hirschsprungscher Krankheit, im Anschluß an eine Kolostomie gestorben. Die Sektion ergibt als Ursache des Megakolon eine Faltenbildung an der rechten Hinterseite des Kolons am Übergang von Flexura sigmoidea und Rektum.

Reuß (Wien).

G. Doberauer. *Darmverschluß durch Spulwürmer.* (Prager med. Wochenschr., 1914, Nr. 17, S. 197.)

9jähriger Knabe mit Ileussymptomen. Laparotomie. Trübseröser Erguß in der Bauchhöhle. Askaridenkonvolut an der Ileozökalgrenze. Enterotomie; Entfernung von 21 Würmern. Rasche Genesung. Reuß (Wien).

K. Grimm. *Taenia saginata beim Säugling.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 32.)

Nach Besprechung der Literatur Bericht über erfolgreiche Abtreibung einer $3^1/_4$ m langen Taenia saginata bei einem $10^1/_2$ Monate alten Säugling. Benutzt wurde ein Kürbissamenextrakt von Jungclaussen in Hamburg, „Kukumarin". Das Mittel schmeckt fleischsaftähnlich, nicht unangenehm. 20 g Extrakt werden in der Flasche mit der gewohnten Milchmischung verabreicht. Nach 6 Stunden wurde etwas erbrochen. Irgend welche weitere Störungen wurden nicht beobachtet. Klotz.

Leber und Gallenwege.

Idzumi. *Über einen Fall von primärem Leberkarzinom im Säuglingsalter.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. C, S. 1181.)

7 Monate alter Knabe. Kindskopfgroßer Tumor im rechten Hypochondrium, ausgehend vom rechten Leberlappen. Mikroskopische Diagnose: Adenokarzinom. Schiller (Karlsruhe).

Toida. *Über einen Fall von großer kongenitaler sanduhrförmiger Gallenblase.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. C, S. 1188.)

5jähriges Mädchen. Kasuistische Mitteilung.

Schiller (Karlsruhe).

Urogenitalsystem.

K. Motzfeld. *Medfoedte missdannelser av nyrer og urinveier.* (Angeborene Mißbildung der Nieren und der Harnwege.) (Norsk. Mag. f. Lägevidensk., Jahrg. LXXV, S. 799, 1914.)

In einem 4500 Fälle umfassenden Sektionsmaterial fand Motzfeld in 75 Fällen (zirka 2%) Mißbildungen der Nieren und der

Harnwege, und zwar Aplasie in 10, Hypoplasie in 11, Hufeisenniere in 9, Dystopie in 5, Hydronephrose in 21 und doppelten Ureter in 23 Fällen. Als Krankheitsursache spielt die Einzelniere oder die Hypoplasie der einen Niere keine große Rolle. In der Hälfte der Fälle mit Einzelniere fand sich Herzhypertrophie. Die Einzelniere kommt am häufigsten bei Männern, die hypoplastische Niere am meisten bei Frauen vor. Sowohl bei der Einzelniere wie bei der Hypoplasie war kompensatorische Hypertrophie der anderen Niere vorhanden. Bei Hufeisenniere keine Herzhypertrophie. Die Ureterenanomalien mit daraus folgender Hydronephrose spielen die größte Rolle als Krankheitsursache. Sie sind hauptsächlich linksseitig und kommen am häufigsten bei Männern vor. Wernstedt (Malmö).

A. Schiff. *Beobachtungen über die Auslösung transitorischer Albuminurien beim Menschen.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 22, S. 741.)

Die mitgeteilten Beobachtungen wurden zwar ausschließlich an Erwachsenen gemacht, sind aber für die Frage der orthotischen Albuminurie und mithin auch von pädiatrischem Interesse. Es konnte gezeigt werden, daß bei einer gewissen Anzahl anscheinend nierengesunder Individuen im Anschluß an eine Magenausheberung eine mehr minder starke Albuminurie (teils Essigsäure-, teils Ferrozyankalifällung) eintritt; Sedimentbefund meist negativ, mitunter aber auch Zylinder, Zylindroide, Leukozyten, Erythrozyten. Ein großer Teil der betreffenden Leute reagierte auch auf Lordosierung mit Albuminurie. Es handelt sich zweifellos um eine besondere Disposition zur Albuminurie, bei deren Zustandekommen außer mechanischen sicherlich auch reflektorische Einflüsse im Spiel sind.
Reuß (Wien).

Noeggerath und **Zondek.** *Zur Kenntnis der Nierenerkrankung im Kindesalter.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 31.)

Während bei gesunden und rekonvaleszenten Kindern eine Verschlechterung der Kochsalzausscheidung durch erhöhte Eiweißzufuhr nicht beobachtet werden konnte, war dies bei akuten Erkrankungen der Nieren der Fall. Gewisse „unerwartete Sprünge" der Kochsalzausfuhr werden durch diese Abhängigkeit vom Eiweißstoffwechsel verständlich. Die Kochsalzausfuhr sinkt bei steigender Eiweißzufuhr. Im Zusammenhang damit kann beobachtet werden, daß Ödeme und Gewichtsanstieg nicht durch Kochsalzbeschränkung, sondern durch Eiweißreduktion beseitigt werden.

Andrerseits kann auch das umgekehrte Verhalten beobachtet werden: Beeinflussung der Eiweißausscheidung durch die Kochsalzeinfuhr. So zeigte ein Kind mit hämorrhagischer Nephritis ein Steigen und Fallen des Reststickstoffspiegels im Blute parallel der Kochsalzbelastung.

Die Autoren fordern zur Weiterprüfung dieser relativ einfachen, klinisch funktionellen Nierenprüfung auf und geben Ratschläge bezüglich der erforderlichen Standardkost mit steigender und fallender

Kochsalz- und Eiweiß- (Plasmon-) Belastung. Strenger Schematismus in der Kost ist zu meiden; Milch, als Grundkost, ist ganz ungeeignet. Es wird dann noch über Ernährung mit Zucker — und später mit Frauenmilch, als die großen Zuckermengen abgelehnt wurden — bei völliger Kochsalz- und Eiweißtoleranz eines Kindes mit schwerer Nephrose berichtet.

Verff. erklären ein nierenkrankes Kind erst dann für gesund, wenn es die in der Kost seiner Altersstufe enthaltene Kochsalz- und Eiweißmenge gemeinsam anstandslos toleriert; nicht genügt aber der Nachweis der Eiweiß- und Sedimentfreiheit des Urins. Klotz.

O. Stiner. *Zur Ätiologie und Diagnose der Pyelozystitis im Kindesalter.* (Korrespondezbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Nr. 24.)

Kasuistik zweier Fälle von Zystitis beziehungsweise Pyelozystitis, die für die Entstehung dieser Krankheiten nach Erkältung typisch sind. Ferner 2 Fälle, bei denen die Frage: Pyelitis oder Appendizitis? nur durch die mikroskopische Untersuchung des Urins entschieden werden konnte. Es wird auch hier betont, wie wichtig und unerläßlich eine genaue Harnuntersuchung bei nicht vollständig aufgeklärten, fieberhaften Zuständen des Kindesalters ist.

E. Burckhardt (Basel).

H. L. Kowitz. *Infektiöse Erkrankungen der Harnorgane im Säuglingsalter (sogenannte Pyelozystitis).* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 24.)

Die Annahme, daß die Pyelitis eine deszendierende Erkrankung ist, findet eine Stütze im Nachweis einer präliminären Ernährungsstörung. Verf. zeigt an einer Kurve, daß die Häufigkeit der Pyelitis im großen und ganzen derjenigen der akuten Ernährungsstörungen parallel geht.

Als Erreger wurde überwiegend Koli gefunden. Klinisch zeigte sich zuerst Bakteriurie und Albuminurie, später erst ließen sich dann Formelelemente nachweisen.

Die Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes war beim Material des Verf. (Säuglingsabteilung der Krankenanstalt Altstadt Magdeburg) nicht so ausgesprochen (59·5%). Klotz.

L. Langstein. *Beiträge zur Kenntnis der Pyelitis im Kindesalter.* (Med. Klinik, 1913, Nr. 37.)

Vortrag im Berliner Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde am 23. Juni 1913. Klotz.

F. W. Thomson Walker. *Harnantiseptika.* (Edinburgh med. Journ., Bd. XII, S. 503—527.)

Verf. tritt auf Grund seiner Erfahrung dafür ein, während kürzerer Zeiträume höhere Urotropindosen zu verwenden, anstatt einer längere Zeit fortgesetzten Behandlung mit kleinen Dosen. Dabei ist auf saure Reaktion des Harnes zu achten, weil nur im sauren Harn

Formaldehyd abgespalten wird. Der Gebrauch von Mineralwässern wirkt der Entstehung der sauren Reaktion des Harnes entgegen, ist also bei Urotropindarreichung zu vermeiden. Bei sehr akuten Entzündungen der Harnwege, bei unkomplizierter tuberkulöser Infektion und bei alkalischer Reaktion des Harnes ist der Gebrauch von Urotropin zu widerraten. H. Vogt.

Bewegungsapparat.

Dumont. *Experimentelle Beiträge zur Pathogenese der akuten hämatogenen Osteomyelitis.* (Klin. Zeitschr. f. Chir., Bd. CXXII, S. 116.)

Der Verf. kommt auf Grund seiner Experimente an Kaninchen zu dem Schlusse, daß sich durch intravenöse Injektion von auf Kaninchenblut hämolytisch wirkenden Staphylokokkenkulturen auch ohne Trauma bei jungen, im Wachstumsalter stehenden Kaninchen eine akute hämatogene eiterige Osteomyelitis erzeugen läßt. Sowohl Albus wie Aureus sind verwendbar, entscheidend ist nur die Virulenz. Die Versuche bestätigen Lexers Anschauung, daß die Staphylokokken am Orte ihrer Ablagerung in den feinsten Gefäßen, der Metaphyse hauptsächlich, zu Haufen auswachsen und so zum Kern eines Eiterherdes werden. Schiller (Karlsruhe).

Paul Klemm. *Die akute und chronische infektiöse Osteomyelitis des Kindesalters. Auf Grund eigener Beobachtungen und Untersuchungen.* (S. Karger, Berlin, 1914, 261 S.; Preis: geb. M. 10.20.)

Nach der Auffassung des Verf. ist die Osteomyelitis wesentlich eine Erkrankung eines lymphatischen Gewebes, nämlich des Knochenmarkes, deren klinisches Bild beherrscht wird durch die Reaktion des Knochengewebes auf das erkrankte Mark. Daß die Erkrankung überwiegend im Kindesalter auftritt, führt er entsprechend auf die Neigung des lymphatischen Gewebes zu Erkrankung zurück, wie sie für diese Lebenszeit als charakteristisch gilt. Die Erkrankung des Markes kann unter verschiedenen Formen, als rapid oder langsam verlaufende Vereiterung, als umschriebener Abszeß usw. auftreten, die aber durch fliehende Übergänge miteinander verbunden sind. Dem verschiedenen Bilde der Markerkrankung entspricht bis zu einem Grade eine verschiedene Reaktion des Knochengewebes. Für den Ausgang ist von entscheidender Bedeutung, ob es zur Allgemeininfektion mit oder ohne Metastasenbildung kommt. Als Erreger kommen in erster Linie Staphylokokken in Betracht, die in 72·5% der Fälle des Verf. angetroffen werden. Die in 17·8% vertretenen Streptokokken befallen vorzugsweise die Epiphysengegend und die Kortikalis, wodurch es häufiger zu Gelenkbeteiligung kommt. Dasselbe gilt für die in nur 5·7% als Erreger angetroffenen Pneumokokken. Typhusbazillen können in der Rekonvaleszenz, aber auch schon im akuten Stadium des Abdominaltyphus Osteomyelitis hervorrufen, zuweilen auch lange Jahre nachher. Über Koliinfektionen des Knochenmarkes

liegen nur wenig Beobachtungen vor. Den größten Teil des Buches nimmt eine übersichtliche Darstellung des umfangreichen und sorgfältig durchgearbeiteten eigenen Beobachtungsmateriales des Verf. ein, wobei besonders die Osteomyelitis des Beckens, die in 8% seiner Fälle vorkam, und die Gelenkosteomyelitis eine eingehende lehrreiche Darstellung erfahren. Vogt.

Psychologie und Psychopathologie.

M. Pappenheim und **C. Grosz** (Wien). *Die Neurosen und Psychosen des Pubertätsalters.* H. 1.

L. Hirschloff (Berlin). *Suggestion und Erziehung.* H. 2.

E. Redlich und **E. Lazar** (Wien). *Über kindliche Selbstmörder.* H. 3. (Samml. zwangl. Abh. a. d. Grenzgeb. d. Pädag. u. Med., herausgegeben von Heller und Leubuscher.)

Es ist eine schwierige Aufgabe, Ärzten und Pädagogen gleichzeitig ein gut mundendes Essen vorzusetzen. So leidet meines Erachtens schon der erste Beitrag daran, daß dem ärztlichen Leser kaum etwas mehr als ein Repetitorium der Psychiatrie geboten wird. Die Rücksicht auf die pädagogischen Leser zwingt eben, das ist zuzugeben, zu einer den Mediziner ermüdenden elementaren Darstellung. Die Hirschloffsche Publikation ist eine sehr gehaltvolle, gründliche Arbeit. Besonders leicht verständlich ist die Redlich-Lazarsche Studie gehalten. Klotz.

A. Eulenburg (Berlin). *Kinder- und Jugendselbstmorde.* (Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh., herausgegeben von Hoche-Freiburg, Bd. X, H. 6.) (Verlag C. Marhold, Halle a. S., 1914, Preis: M. 1.—.)

Verf. berichtet über mehrere hundert Selbstmorde im jugendlichen Alter, analysiert die Motive und gibt Richtlinien einer Prophylaxe. Klotz.

O. Aronsohn. *Der psychologische Ursprung des Stotterns.* (Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh., herausgegeben von Bumke-Rostock, Bd. XI, H. 1.) (C. Marhold, Halle a. S., 1914, Preis: M. 1.--.)

Der Ursprung des Stotterns ist für Verf. in erster Linie ein psychogener. Das Stottern ist ursprünglich nur an den Anfang des Sprechens geknüpft und hier am beträchtlichsten. Die sekundären Stottererscheinungen tragen zur Verschlimmerung des Leidens bei, haben jedoch keine selbständige Bedeutung. Die unmittelbare Ursache der primären Stottererscheinungen liegt in zwei psychogenen Momenten: erstens, das leicht erregbare Innenleben vor kritischen Blicken zu verbergen und zweitens in überstürzender Wortprägung. Die Hemmungen oder Unterbrechungen des Redeflusses zu Anfang des Sprechens erfolgen, damit die Stotterer in der Lage sind, der

ursprünglichen Neigung oder Anlage zum Trotz im Benehmen und Sprechen stets so zu erscheinen, wie es die vermeintliche Pflicht erheischt. Klotz.

Th. Gött. *Psychotherapie in der Kinderheilkunde.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 25.)

Vortrag in der Münchener Ges. f. Kinderheilk. am 27. März 1914. (Referat Monatsschr., Bd. XIII, S. 359.) Klotz.

Neurologie und Psychiatrie.

M. Wilhelm (Berlin-Weißensee). *Ein Beitrag zu den nervösen Äquivalenten im Säuglingsalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 30, S. 1522.)

Bericht über einen von nervöser Mutter stammenden Säugling, bei dem in den ersten Monaten im Anschluß an eine Ernährungsstörung habituelles Erbrechen auftrat, das, durch nichts zu beseitigen, erst während einer schweren Erkrankung (Nasendiphtherie, Pneumonie) aufhörte. Die Sektion ergab keine Pylorusstenose. Verf. sieht das Krankheitsbild an als Herausbildung eines bedingten Reflexes beim neuropathischen Säugling, der durch den stärkeren Reiz der Krankheit vorübergehend erlischt. Nagel-Hoffmann.

G. C. Bolten. *Über Wesen und Behandlung der sogenannten „genuinen" Epilepsie.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 28, S. 1019.)

Nur zirka 35% der scheinbar primären Epilepsien sind wirklich „genuine" Epilepsie. Letztere hält Verf. für eine chronische Autointoxikation infolge Hypofunktion der Schilddrüse und der Epithelkörperchen, welche eine Beeinträchtigung der intestinalen und intermediären Stoffwechselvorgänge zur Folge hat und hierdurch zu einer Anhäufung giftiger Abbauprodukte in der Hirnrinde Veranlassung gibt, welche darauf mit einer „Entladung" reagiert. Durch Verabreichung von Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenpreßsaft konnte Verf. (ohne jede Bromtherapie) Patienten, die monatlich 3 bis 10 Anfälle hatten, monatelang anfallsfrei machen. Reuß (Wien).

G. E. Weinländer. *Apoplexie mit letalem Ausgang nach Lumbalpunktion bei Urämie.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, Nr. 48, S. 1984.)

Bei einem 12jährigen Kinde mit akuter Nephritis und Urämie trat 45 Minuten nach Vornahme einer Lumbalpunktion (Punktat bluthaltig!) eine tödliche Apoplexie ein. Es handelte sich um ein hereditär belastetes, konstitutionsanomales Kind mit Status lymphaticus (vergrößerte Zungengrundfollikel), chronischem Hydrozephalus int., frühzeitiger Synostose der Schädelnähte, Lungentuberkulose. Bei der Beurteilung des Falles dürfte das Hauptgewicht

auf eine angeborene Schwäche und Krankheitsdisposition des Gehirns und seiner Nebenorgane, Hirngefäße, Hirnhäute usw. zu legen sein.

Reuß (Wien).

Stoffwechselkrankheiten.

W. Wernstedt. *Der infantile Skorbut.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 9, S. 197.)

Aus dem schwedischen übersetzter Habilitationsvortrag. Gute zusammenfassende Darstellung. Reuß (Wien).

O. Ottosson. *Tre fall af hämhorrhagisk diates (Skorbut) hos sinnessjuka, sannolikt orsakad av längvarigare sondmatning med torrmjölk.* (Drei Fälle von hämorrhagischer Diathese (Skorbut) bei Geisteskranken, wahrscheinlich verursacht von langdauernder Sondenfütterung mit Trockenmilch.) (Allm. svensk. Läkartidn., XI, 120, 1914.)

Unter Sondenfütterung geisteskranker Personen mit gewöhnlicher Milch, Zwieback und Margarine oder Butter sah Verf. nie Symptome eines Skorbuts auftreten, auch nicht, wenn die Patienten jahrelang in dieser Weise ernährt wurden. 5 Patienten hat er indessen mit Trockenmilch statt gewöhnlicher Milch in dieser Weise ernährt. Von diesen 5 Personen bekamen 3 nach 4 bis 5½ Monaten Skorbutsymptome (typische Veränderungen der Gingivae und in 2 Fällen dazu Hautblutungen). Den 2 übrigen mit Trockenmilch Ernährten wurde diese Nahrung nur in kürzeren Perioden gegeben. In den Zwischenperioden ernährten sie sich in gewöhnlicher Weise mit gemischter Kost. Der eine von diesen Patienten wurde insgesamt 2 Monate, der andere insgesamt 1½ Monate mit Trockenmilch mit der Sonde gefüttert. Beide wurden von dem Skorbut frei. Einer von den mit Trockenmilch ernährten, nachher an Skorbut erkrankten Patienten hatte vorher während 1⅓ Jahren die Sondenfütterung mit gewöhnlicher Milch gut vertragen. Wernstedt (Malmö).

Mamrot. *Diabète insipide, dystrophie générale avec prédominance aux organes genitaux, ensemble symptomatique lié à une insuffisance hypophysaire.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 12, p. 927.)

Die Erkrankung betrifft kein Kind, sondern einen 17jährigen jungen Mann. Die Symptome bestanden in einem Diabetes insipidus, Infantilismus der Genitalien neben einem leichten allgemeinen Infantilismus, Deformation des Oberkiefers, trockener Haut und fehlender Schweißsekretion. Das Röntgenbild zeigte fehlende Verknöcherung der Knorpelfugen. Die Sella turcica war schmäler und tiefer als gewöhnlich. Thorspecken (Badenweiler).

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

Leonhard Frank und **Ernst Schloß.** *Zur Therapie der Rachitis.* 4. Mitt. *Vergleichende Untersuchungen über die Wirkung von Lebertran und Phosphorlebertran beim künstlich ernährten rachitischen Kinde.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 539—573.)

Die Versuche wurden angestellt an Kindern, die an frischer noch fortschreitender Rachitis litten und mit Eiweißmilch ernährt wurden. Zwischen der Wirkung des Lebertrans und des Phosphorlebertrans ergab sich keinerlei Unterschied. Beide verbesserten den Ansatz von Stickstoff, Kalk und Phosphorsäure, während die Ausscheidungsgröße der Magnesia anstieg. Die Wirkung des Lebertrans schien zuzunehmen mit der Dauer der Verabreichung. Sie scheint bei Verabreichung zu großer Dosen in das Gegenteil umschlagen zu können. H. Vogt.

Erich Aschenheim. *Beiträge zur Rachitis und Spasmophiliefrage.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 446—486.)

Mit Hilfe einer neuen mit verhältnismäßig kleinen Blutmengen ausführbaren Methode hat Verf. den Kalkgehalt des Blutes bei Kindern mit und ohne Rachitis, bei gesunden, stillenden und einer osteomalazischen Erwachsenen untersucht. Bei gesunden Kindern und Erwachsenen schwankt der Kalkgehalt von 100 cm^3 Blut zwischen 8 und 10 mg CaO, also innerhalb enger Grenzen. Bei rachitischen Kindern wurde sowohl abnorm niedriger wie auffallend hoher Kalkgehalt des Blutes angetroffen. Die höchsten Werte wiesen die schweren Fälle von Rachitis auf, und auch im Blute einer osteomalazischen Frau war der Kalkgehalt abnorm hoch. Unter eingehender Berücksichtigung der umfangreichen Literatur versucht Verf. die Ansicht zu begründen, daß der Rachitis wie der Osteomalazie und auch der Spasmophilie eine Gleichgewichtsstörung in der Funktion der endokrinen Drüsen zugrunde liegt, die den Salzstoffwechsel beherrschen. Bei der Rachitis soll die Funktionsstörung des Thymus, bei der Osteomalazie die der Geschlechtsdrüsen im Vordergrund stehen. H. Vogt.

Erich Conradi. *Vorzeitiges Auftreten von Knochen- und eigenartigen Verkalkungskernen bei Chondrodystrophia foetalis hypoplastica. Histologische und Röntgenuntersuchungen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 86—97.)

Bei dem im Alter von 5 Wochen verstorbenen Kinde ergab die Obduktion und mikroskopische Untersuchung neben den für die Chondrodystrophie charakteristischen Erscheinungen Verkalkungskerne in den kurzen Knorpeln und in den Epiphysen von eigentümlicher Beschaffenheit, bestehend aus Kalkkörnern der verschiedensten Gestalt, eingelagert in Bindegewebe, sowie aus Inseln metaplastisch gebildeter Knochen. Solche Verkalkungskerne waren vertreten an Stellen, wo, wie z. B. in der proximalen Fibulaepiphyse, sonst erst frühestens im 3. Lebensjahr ein Knochenkern aufzutreten pflegt. H. Vogt.

Haut.

Erich Rominger. *Erfahrungen mit Pellidolsalbenbehandlung bei Säuglingsekzemen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 416 bis 437.)

Verf. hat bei der Behandlung des Ekzems von Säuglingen sehr gute Erfolge mit 1%iger Pellidolsalbe gehabt. Krusten und Borken sollen zuvor mit 3%igem Salizylöl entfernt werden. Die Pellidolsalbe soll angewandt werden, bis die nässenden Stellen getrocknet, frisch epithelialisiert und die infiltrierten Stellen kleiner und blasser geworden sind, doch keinesfalls länger als 4, höchstens 5 Tage hintereinander. H. Vogt.

Chirurgie.

Georg Siewczyński. *Zur Therapie der Larynxstenosen im Kindesalter.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XIII, 1914, S. 196.)

Verf. empfiehlt, die Verwendung von Narkotika, eventuell eine Operation bei Larynxstenosen zu vermeiden und weist besonders auf das Narkophin hin, das diesen Zweck in vielen Fällen gut erfüllt hat. In der Frage, ob Intubation oder Tracheotomie, sind die vorliegenden Statistiken für die Vorzüge der ersteren Methode nicht beweisend. Es wird die quere untere Tracheotomie empfohlen. Als besonders wichtig wird hervorgehoben, daß die Operation ohne Narkose geschieht und nach scharfer Durchtrennung der Haut bis zur Trachea stumpf vorgegangen wird. In der Nachbehandlung wird großer Wert auf möglichst frühzeitiges Dekanülement gelegt. Autoreferat.

Aladár Fischer. *Thymektomie wegen Tracheostenosis thymica.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 21.)

Ein 2jähriges Mädchen, mit hochgradigem Gesichtsekzem, erkrankte an wiederholten bedrohlichen asphyktischen Anfällen. Obwohl die physikalische Untersuchung keine Thymusdämpfung aufdeckte und die Durchleuchtung auch nichts Verläßliches ergab, wurde operiert und ein zirka zweinußgroßes Stück Thymus reseziert. Die Trachea fand sich säbelscheidenförmig komprimiert vor, ihre Wand war weicher und weniger elastisch als normalerweise. Der vordere Teil der Thymuskapsel wurde am Periost des Manubrium sterni fixiert. Die Atmung wurde nach der Operation sofort frei. Wundheilung erfolgte unter geringfügigem Fieber. Klotz.

E. Bircher. *Beitrag zur Försterschen Operation bei spastischen Zuständen.* (Schweiz. Rundsch. f. Med., 1914, Nr. 10.)

Bei 5 schweren Fällen von Littlescher Krankheit hat Verf. zum Teil sehr gute Erfolge gehabt; er verlangt anhaltende orthopädische Behandlung nach der Operation und hat auch in 2 Fällen

ergänzend die Stoffelsche Operation ausgeführt. Bircher operiert zur Schonung des Patienten in 2 Zeiten und hat dabei nie etwas Unangenehmes erlebt. Durch die gelungene Operation wurde auch ein günstiger Einfluß auf die psychische Entwicklung der Kranken konstatiert.

Im Gegensatz zu diesen guten Resultaten bei der Littleschen Krankheit stehen die Mißerfolge, die Verf. bei 2 Erwachsenen mit spastischen Zuständen hatte, bei einem Fall von spastischer Hemiplegie und einem mit multipler Sklerose. E. Burckhardt (Basel).

Ernst O. P. Schulze. *Zur Schlatterschen Krankheit. Symptom einer Systemerkrankung.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. C, S. 453.)

Verf. faßt die Schlattersche Krankheit als nicht traumatische Spontanfrakturen auf, bedingt durch eine konstitutionelle Schwäche des Stütz- und Bindegewebes des ganzen Körpers, die auch bei normaler Inanspruchnahme durch die Quadrizepssehne zum Einreißen des Periostes und zur allmählichen Abhebelung der Tuberositas tibiae führt. Schiller (Karlsruhe).

Ernst O. P. Schulze. *Das Alb. Köhlersche Knochenbild des Os naviculare pedis bei Kindern — eine Fraktur.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. C, S. 431.)

Verf. schließt aus seinen Röntgenbildern in allen von ihm untersuchten 7 Fällen, daß eine Kompressionsfraktur des Navikulare vorliegen müsse. Schiller (Karlsruhe).

Köhler. *Das Knochenbild des Os naviculare pedis bei Kindern — keine Fraktur.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. CI, S. 560.)

Köhler hält im Gegensatze zu Schulze seine Ansicht, daß es sich um eine Wachstumsvarietät handelt, aufrecht, weil unter 26 Fällen der Literatur 10 Fälle mit doppelseitiger Affektion waren und weil in zwei Dritteln der Fälle kein Trauma nachzuweisen war. Ernst O. P. Schulze. Erwiderung. Schiller (Karlsruhe).

E. Rominger. *Zur Behandlung der Phimose im Kindesalter.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 21.)

Die Phimose wird mit Laminariastiften von verschiedener Größe (3 bis 7 mm; Wilhelm Pfeiffer, Freiburg in Br., Kaiserstr. 89) gedehnt. Klotz.

Schewandin. *Endresultate der Lexerschen Arthrodese am Sprunggelenk.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. CI, S. 1009.)

Die Arthrodese des Sprunggelenkes nach Lexer (Eintreiben eines Knochenbolzens aus Fibula und Tibiakante) von der Planta her durch Calcaneus, Talus bis in die Tibia) ist nicht imstande, eine ossale Versteifung des Sprunggelenkes herbeizuführen. Der Knochenbolzen wird resorbiert nach verschieden langer Zeit und damit das Gelenk wieder beweglich. Schiller (Karlsruhe).

H. Lorenz. *Ein Fall von Zwerchsackhygrom an der Schulter.* (Ein Beitrag zur Kenntnis des Hygroma subdeltoideum.) (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 17, S. 505.)

12jähriger Knabe mit je einer fluktuierenden Geschwulst am rechten Oberarm unter dem Deltoideus und ober dem Schultergürtel unter dem Kukullaris; die beiden Hohlräume kommunizieren miteinander; bei der Palpation Gefühl von Rieseln; die Punktion ergibt sanguinolentes Exsudat mit hyalinisierten Fibrinflocken. Die Annahme eines divertikelartig ausgestülpten, von der Bursa subdeltoidea ausgehenden tuberkulösen Hygroms wird durch die histologische Untersuchung des exstirpierten Sackes bestätigt.

Reuß (Wien).

Orthopädie.

G. Engelmann. *Über das Liegendtragen der Kinder und die Häufigkeit der Linksskoliosen.* (Wiener klin. Wochenschr., 1914, Nr. 3, S. 47.)

Etwa 70% der Skoliosen sind Linksskoliosen. Es rührt dies wahrscheinlich davon her, daß die Kinder während der ersten 5 Lebensmonate stets in der Weise getragen werden, daß der Kopf des Kindes in der linken Ellenbeuge der Trägerin ruht, während das Becken des Kindes samt den Oberschenkeln von der rechten Hand gegen den Körper der Trägerin gedrückt wird. Wie man sich durch eine Photographie aus der Froschperspektive oder eine Röntgenaufnahme überzeugen kann, resultiert daraus eine Ausbiegung des Rumpfes mit nach links gerichteter Konvexität. Der schädliche Einfluß des Liegendtragens macht sich insbesondere bei Rachitikern bemerkbar.

Reuß (Wien).

Mißbildungen.

H. Küttner. *Der angeborene Turmschädel.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 40.)

Verf. hatte 2mal Gelegenheit, die seltene Anomalie des angeborenen Turmschädels zu beobachten. Die beigefügten Figuren geben ein anschauliches Bild der fürchterlichen Mißbildung. Die Stauungspapille beruht nach Küttner auf abnormer intrakranieller Drucksteigerung, wofür auch die Wabenstruktur des oft papierdünnen Schädels mit gelegentlich zahlreichen Spontantrepanationen spricht.

Operativ kommt Entlastungstrepanation in Frage. Balkenstich, Ventrikel- und Lumbalpunktion haben nur Wert, wenn die Vermehrung des Liquor Ursache der Drucksteigerung ist. Ist bereits Erblindung eingetreten, dann hat eine Operation nur noch bei bedrohlichen Hirndrucksymptomen Sinn.

Klotz.

Vakzination.

L. Bittner. *Die Verwendung des Mastisols bei der Impfung.* (Prager med. Wochenschr., 1914, Nr. 19, S. 228.)

Es wird empfohlen, die Impfstellen respektive die Pusteln durch einen Mastisoldeckverband zu schützen: sterile Verbandscheibchen, welche auf das rings um die Impfstelle aufgetragene Mastisol aufgedrückt werden. Der Verband kann leicht entfernt und erneuert werden. (Käuflich zu erhalten bei Hartmann und Kleining, Hohenelbe.) Reuß (Wien).

Alois Epstein. *Über Blattern und Impfung in Böhmen.* (Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. CXVI, S. 395—422.)

Aus der Geschichte der Blattern und der Impfung, wie sie sich in Böhmen abgespielt hat, wo bis heute noch die Impfung besonders in den deutschsprachlichen Teilen des Landes nur mangelhaft durchgeführt wird, ergeben sich schlagende Beweise für den Nutzen der Schutzimpfung. Das zeigen auch anamnestische Erhebungen, die in der unter Leitung des Verf. stehenden Findelanstalt an pockennarbigen Frauen angestellt wurden. H. Vogt.

Hygiene und soziale Medizin.

Rahts. *Durch welche Krankheiten wird unser Leben in den verschiedenen Altersstufen erweislich am meisten bedroht?* (Zeitschr. f. öffentl. Gesundheitspfl., 1914, H. 1, Sep.-Abdr.)

Zusammenstellungen auf Grund der Ergebnisse der Erhebungen über die Ursachen der Sterbefälle im jugendlichen, mittleren und vorgeschrittenen Lebensalter unter den Bewohnern des Deutschen Reiches.

Im jugendlichen Alter, d. h. vom 2. bis 15. (inklusive) Lebensjahre starben im 10jährigen Mittel an:

Diphtherie	31·523 = 18·2 %	der Gestorbenen,	202·6 $^{0}/_{0000}$ der Lebenden
Respirationserkrankung.	29·182 = 16·8 %	„ „	187·5 $^{0}/_{0000}$ „ „
Magen-Darmerkrankung.	17·729 = 10·2 %	„ „	113·9 $^{0}/_{0000}$ „ „
Tuberkulose	13·214 = 7·6 %	„ „	84·9 $^{0}/_{0000}$ „ „
Pertussis . .	6·780 = 3·9 %	„ „	43·6 $^{0}/_{0000}$ „ „

Die Lebensbedrohung durch Diphtherie ist also vom 12. Monat ab bis zum 15. Jahre die häufigste. Vom 15. bis 60. Jahre spielt die Tuberkulose die dominierende Rolle in der Letalität. Im ersten Lebensjahr starben (im 10jährigen Mittel) jährlich 391·653 Kinder,

d. h. 21·64% Lebendgeborene. Todesursachen: 34·5% Magen-Darmkatarrh, 14·5% Lebensschwäche. Klotz.

Burchard v. Schrenck. *Die Säuglingssterblichkeit in Riga in den Jahren 1881—1911.* Mit Berücksichtigung der Säuglingsfürsorge. (Sonderabdr. a. d. „Beitr. z. Statistik d. Stadt Riga und ihre Verwaltung", Bd. II, S. 413—660, Riga, 1913.)

Diese Arbeit, die zunächst die Verhältnisse einer einzelnen Stadt im Auge hat, geht weit hinaus über den Rahmen einer bloßen statistischen Zusammenstellung. Indem Verf. sich bemüht, das sorgfältig geordnete Material allgemeineren Zusammenhängen einzuordnen und von den in der Literatur niedergelegten anderweitigen Erfahrungen aus zu beleuchten, erweitert sich die Darstellung zu einem Überblick über die wesentlichen mit der Säuglingssterblichkeit in Beziehung stehenden Fragen. Dabei muß hervorgehoben werden, daß Verf. die Schwierigkeiten, die der Gegenstand dem medizinischen Laien bereiten muß, zum großen Teil in erfreulicher Weise überwunden hat. So bildet seine Schrift in mehrfacher Hinsicht eine wertvolle Bereicherung der Literatur zur Säuglingsfürsorge.

H. Vogt.

Feer. *Säuglingssterblichkeit und Geburtenrückgang.* (Sep.-Abdr. a. d. Festschr. d. Dozenten d. Univ. Zürich, 1914.)

Feer bespricht die bekannten zahlreichen Faktoren des Problems unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Zürich. Der Geburtenrückgang wird sich kaum durch äußere Maßnahmen aufhalten lassen. Worauf es ankommt, ist nicht quantitative Vermehrung der Staatsbürger, sondern qualitative. Klotz.

Berichte.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung vom 24. April 1914.

1. **Klar:** „*Ostitis fibrosa cystica*".

Durchleuchtungsbild eines Falles von Ostitis fibrosa cystica am Oberarm eines 5jährigen Knaben. Das Kind stolperte im Garten und fiel dabei leicht auf die Schulter, es trat eine Epiphysenlösung des Oberarmkopfes und eine Fraktur des Oberarmes ein. Die Zyste ist so groß wie eine türkische Pflaume, die Kortikalis ist sehr dünn und an 2 Stellen in die Zyste eingebrochen. Das Kind, das seit einigen Wochen vor der Spontanfraktur Schmerzen in der Schulter beim Ankleiden angegeben hatte, trägt jetzt Desaultschen Verband; es bleibt abzuwarten, ob die eingebrochene Kortikalis Knochenwachstum in der Zyste anregt; wenn dies nicht eintritt, ist Knochentransplantation aus der Tibia oder der Fibula zu machen.

2. **Schmincke:** *„Pathologisch-anatomische Demonstrationen"*:

1. Kongenitale Mißbildungen „Akromakrie".

Vortragender berichtet über das Ergebnis der Sektion und die mikroskopische Untersuchung der Organe eines 14 Monate alten Kindes mit vielen kongenitalen Mißbildungen (Kyphoskoliose, Trichterbrust, Haken- und Plattfuß, Linsen-Luxation, Iris-Schlottern). Das Kind war in der Sitzung der Gesellschaft vom 28. November 1913 durch Prof. Pfaundler demonstriert worden. Es zeigte bei abnormer Körperlänge greisenhafte Gesichtszüge, große Ohren ohne merkliche Knorpeleinlagerungen, stark vorspringenden Mons veneris, große Labien. Am auffallendsten war eine ungewöhnlich lange Entwicklung von Hand und Fuß, der Finger und Zehen. Pfaundler hatte diesen Zustand als Akromakrie bezeichnet. Der Befund stimmt überein mit dem zuerst von französischen Autoren (Marfan, Achard, Dubois) beschriebenen Krankheitsbild des Kindesalters, das von Marfan als Dolichostenomelie und von Achard als Arachnodaktylie bezeichnet worden ist. In der deutschen Literatur sind Fälle dieses Krankheitsbildes nur von Thomas und Salle beschrieben, letzterer Fall mit Obduktionsbefund. Salle ist geneigt, wegen einer in seinem Falle konstatierbaren geringen Vergrößerung des Vorderlappens der Hypophyse sowie wegen des mikroskopischen Nachweises des reichlichen Vorhandenseins von eosinophilen Zellen daselbst, die Veränderungen im Gesicht und am Hand- und Fußskelett mit einer Hyperfunktion der Hypophyse in Beziehung zu bringen und hält das Krankheitsbild für ein der Akromegalie der Erwachsenen an die Seite zu stellendes. Die Sektion des Kindes ergab, abgesehen von den beschriebenen Veränderungen, als eine weitere Anomalie in der Konfiguration der Organe eine nur zweilappige rechte Lunge, eine stark vergrößerte Lingula der linken Lunge, sodann einen Turmschädel infolge prämaturer Synostose der Pfeilnaht. Der Tod des Kindes war an einer Bronchopneumonie beider Unterlappen erfolgt. Die Hypophyse war makroskopisch nicht verändert, mikroskopisch fanden sich zahlreiche eosinophile Zellen im Vorderlappen des Organes. Der mikroskopische Befund der übrigen Organe mit innerer Sekretion war durchaus normal. Die mikroskopische Untersuchung der Knochen (Zehen-Phalangen und Metatarsalknochen) ergab eine auffallend grazile Beschaffenheit der Knochen; die Rindensubstanz ohne Besonderheiten; in der Marksubstanz Rarefikation der Spongiosabälkchen sowie Fettmark; normale Verhältnisse der Epiphysengrenze sowie der Epiphysen. Das Fehlen periostaler Knochenveränderungen spricht gegen die Auffassung des Krankheitsbildes als angeborene Akromegalie (B. Fischer). Das zahlreiche Vorkommen eosinophiler Zellen im Vorderlappen der Hypophyse von Säuglingen und kleinen Kindern ist der gewöhnliche Befund. Der histologische Befund der Knochen (Fehlen der Knorpelzellwucherungen in den Epiphysen, von periostalen Verdickungen) unterscheidet das Krankheitsbild von partiellem Riesenwuchs, ebenso die Symmetrie der Veränderungen an Hand und Fuß; es scheint sich um eine Häufung multipler Mißbildungen zu handlen. (Ausführliche Publikation Verh. d. deutsch. pathol. Gesellsch., München 1914.)

2. Retina-Gliom.

Demonstration 2 Fälle von Retina-Gliom bei Kindern. Besprechung der mikroskopischen Verhältnisse und Demonstration derselben am Diapositiv.

3) Glioblastisches Sarkom des Kleinhirnes mit Metastasenbildung.

Demonstration eines glioblastischen Sarkoms des Kleinhirnes mit Metastasenbildung im Hirn und Rückenmark bei einem 7 Jahre

alten Kinde: Primäres, hühnereigroßes glioblastisches Sarkom des Kleinhirnes mit Durchbruch in den Hohlraum des vierten Ventrikels und in den Subarachnoidalraum der Kleinhirnbasis. Multiple Implantationsmetastasen in den beiden Seitenventrikeln und in dem Subarachnoidalraum an der Basis der Pons und diffuse Metastasenbildung im Bereich des Subarachnoidalraumes des Rückenmarkes an der ventralen wie dorsalen Seite mit Einwachsen der Geschwulst in die Markmasse des Rückenmarkes. Demonstration der histologischen Verhältnisse anhand zahlreicher Diapositive.

4. Ostitis fibrosa cystica.

Ostitis fibrosa cystica in der Nähe des linken Humeruskopfes bei einem 11 Jahre alten Mädchen.

5. Blasenektopie.

2 Fälle von Blasenektopie bei Neugeborenen. Der erste Fall ausgezeichnet durch Persistenz der Verhältnisse der Kloake mit Einmündung des Darmes in die Blase und Persistenz des Kaudaldarmes: Atresia ani. Der zweite Fall, ausgezeichnet durch Verlagerung und hypertrophische Entwicklung der Klitoris, Duplizität der Vagina und des Uterus. Besprechung der Theorien über das Zustandekommen der Mißbildung.

6. Polyserositis.

Brust und Bauchsitus eines 16jährigen Knaben mit Polyserositis. Totale Obliteration des Herzbeutels, der linken Pleurahöhle. In der nur partiell obliterierten rechten Pleurahöhle in den nach unten gelegenen Abschnitten 1 l trüben serösen Exsudates, im Peritonealraum 10 l derselben Flüssigkeit. Vollständige Verwachsung der Leber mit der Unterfläche des Zwerchfelles. Vor einem Jahre war von chirurgischer Seite die Talmasche Operation unter der klinischen Diagnose: Leberzirrhose sowie die intraabdominale Verlagerung der Hoden gemacht worden.

7. Pyopneumothorax.

9 Monate alter Knabe mit Pyopneumothorax der rechten Pleurahöhle infolge Perforation einer abszedierenden Pneumonie im rechten Oberlappen.

8. Abszesse in der Leber

Multiple pylephlebische Abszesse in der Leber bei einem 13 Jahre alten Mädchen im Anschluß an ulzeröse Appendizitis. Der Prozeß in der Appendix war bereits in Abheilung begriffen.

9. Diphtherische Vulvo-Vaginitis.

$2^1/_2$ Jahre altes Mädchen mit diphtherischer gangränezierender Vulvo-Vaginitis nach postmorbillöser Rachendiphtherie. Außerdem fand sich eine haselnußgroße mit Flimmerepithel ausgekleidete Zyste hinter der Bifurkation der Trachea (verlagerter Keim der Trachealanlage).

10. Nervi vagi nach postdiphtherischer Lähmung.

Mikroskopische Demonstration von Schnittbildern beider Nervi vagi von einem Kind, das unter der klinischen Diagnose: Pareses postdiphthericae an Pneumonie gestorben war. In beiden Vagi fanden sich zahlreiche Degenerationsherde mit Bildung von Körnchenzellen und größerer Bezirke von Kernstrangfasern.

11. Käsige Endophlebitis der Lungenvenen.

Käsige Endophlebitis der Lungenvenen bei einem $12^3/_4$ Jahre alten Knaben. Tod an allgemeiner Miliartuberkulose.

12. Tuberkulose.

Organe eines $2^1/_2$ Jahre alten Knaben mit ulzeröser Lungentuberkulose, käsiger Tuberkulose der Hilus- sowie der Bifurkationsdrüsen, tuberkulösen Geschwüren der Gaumentonsillen, ausgedehnter käsiger Tuberkulose der zervikalen und supraklavikularen Lymphdrüsen. Wegen der sicher feststellbaren frischeren tuberkulösen Erkrankung der Hals- und supraklavikularen Lymphdrüsen im Vergleich zur Lungenerkrankung deutet Vortragender die Veränderungen derselben, sekundär entstanden im Anschluß an die Lungentuberkulose in dem Sinne, daß durch tuberkulöses, bazillenhaltiges Sputum von der Mundhöhle aus durch die Tonsillen hindurch lymphogen die Infektion der Drüsen erfolgte.

Besprechung der Kindertuberkulose, insbesondere der Lungentuberkulose an der Hand der neueren Feststellungen durch Albrecht, Beitzke, Ghon und Roman.

Diskussion: v. Pfaundler, Uffenheimer, Schmincke.

3. **Josef Meier:** *„Demonstration"*.

Meier zeigt ein Buch: *„Die Kinderpraxis im Findelhause und in dem Hospitale für kranke Kinder zu Paris"*.

Kritische mit eigenen Erfahrungen vermischte Bemerkungen von Dr. Philipp Anton Pieper, Göttingen 1831. Der Verf., ein Kinderarzt aus Paderborn, besuchte während der Sommermonate des Jahres 1829 die genannten Kinderspitäler. Er bringt in seinem Buche eine getreue Schilderung des Baues, der Einrichtungen und vor allem des ärztlichen Betriebes der genannten Anstalten. Der Leser gewinnt einen lebhaften Eindruck von dem Stande der Kinderheilkunde zu Anfang des vergangenen Jahrhunderts. Die klinische Visite im Findelhause und im Hospital des enfants malades wird aufs genaueste geschildert. Das Hospital für kranke Kinder, an dem die erste Kinderklinik eingerichtet wurde, war auch damals noch die einzige Kinderklinik der Welt. Besonders eingehend und kritisch wird die Technik der Diagnostik (Auskultation und Perkussion waren in jener Zeit gerade in der Einführung) in beiden Anstalten behandelt. Der 2. Teil des Buches enthält eine Abhandlung der wichtigsten Kinderkrankheiten. Der interessante Teil ist der erste, der wohl einzig in seiner Art in anschaulichster Schilderung die in den ersten klinischen Kinderheilstätten geübte Diagnostik und Therapie vorführt. Das kurze Referat über den Inhalt dieses 1. Teiles wurde durch die Demonstration einiger Werke illustriert, die zu den Ausführungen des Verf. in besonderer Beziehung stehen: Mauriceau, Traité des Maladies des Femmes grosses, Paris 1721; Bourgeois, Observations diverses etc., Paris 1609; Broussais, Cours de Pathologie, Paris 1855; Froriep, Klinische Kupfertafeln, Weimar 1839; Billard, Pathologisch-anatomischer Altas zur Erläuterung der Geschichte der Kinderkrankheiten, Weimar 1829 u. a. Albert Uffenheimer, München.

Bericht über die 22. Versammlung der südwestdeutschen Kinderärzte in Stuttgart. 5. bis 7. Juni 1914.

Gemeinsame Tagung mit der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Referent: **A. Uffenheimer** (München).

1. **A. Uffenheimer** (München): *„Gibt es einen schädlichen Nahrungsrest beim Säugling?"*

Im Anschluß an die früheren Untersuchungen mit Takeno und Liwschiz an „Kaseinflöckchen" kranker und gedeihender Kinder hat Uffenheimer neuerdings zusammen mit Tsukamoto große Reihenuntersuchungen mit einer verfeinerten Technik angestellt. Im ganzen wurden 281 Prüfungen von Stühlen vorgenommen, welche von 157 Personen, zumeist Säuglingen, stammten. Die Methodik erwies sich als gänzlich einwandfrei, sie war sogar so scharf, daß es mit ihrer Hilfe möglich war, Verfälschungen der Frauenmilch (durch Kuhmilchbeimengungen) nicht nur in dieser selbst, sondern auch im Stuhl des mit ihr gefütterten Säuglings nachzuweisen. Reste des Kaseins verfütterter Kuhmilch ließen sich in einzelnen Fällen noch 1 bis 6 Tage nach dem Übergang zur Frauenmilch nachweisen. Im übrigen zeigten die Frauenmilchstühle mit Kuhmilchantiseris keinerlei Reaktion. Die künstlich ernährten Säuglinge wurden nach mehreren Gruppen ausgeschieden: nämlich Säuglinge mit schweren und solche mit leichteren Ernährungsstörungen; nicht ernährungsgestörte Säuglinge, die anderweitig erkrankt waren; gesunde respektive gedeihende Säuglinge. Die Kaseinbröckel all dieser Kinder enthielten regelmäßig (eine Ausnahme!) Kasein, unausgewählte Stuhlpartikel in weitaus der Mehrzahl der Fälle. Es besteht kein Zweifel, daß wir vollkommen berechtigt sind, für alle diese Fälle einen echten Nahrungsrest anzunehmen. Versuche an mit Grießmischungen ernährten Säuglingen zeigten, daß das Grießeiweiß im Stuhle nicht mehr nachweisbar ist, daß also das Vorhandensein nicht denaturierten Eiweißes in den Fäzes keineswegs die Regel ist für alle in der Säuglingsnahrung verabreichten artfremden Eiweißkörper. Eine einfache Berechnung ergab, daß der vom Kasein stammende Nahrungsrest, der täglich mit dem Säuglingsstuhl ausgeschieden wird, etwa ½ bis 1 g beträgt gegenüber den zirka 4·5 g Gesamteiweiß des Tageskotes. Das Eiklar, das erst kürzlich als ein echter Schädling des Säuglingsdarmes wieder erwiesen wurde, zeigt ein ähnliches Verhalten seiner Ausscheidung im Stuhl wie das Kasein. Allerdings kam es in einigen Fällen erst nach 4tägiger Verabreichung je eines Eiklars so weit, daß sich noch nicht denaturierte Substanz im Stuhle fand. Die Beobachtung von einem ähnlichen Verhalten des schädlichen Eiklars und des Kaseines hätte vielleicht von vornherein zur Annahme führen können, daß der Kaseinnahrungsrest tatsächlich auch ein schädlicher sei. Nachdem aber erwiesen wurde, daß auch bei größeren Kindern und sogar bei Erwachsenen in einem erheblichen Prozentsatz der untersuchten Fälle sich Kasein im Stuhle befand, schien ein solcher Schluß doch allzu rasch. Vorläufig läßt sich demnach der gefundene Nahrungsrest noch nicht sicher als schädlicher bezeichnen, trotzdem manches für das Vorhandensein eines solchen spricht. Es wird erläutert, in welcher Weise wir uns auch heute schon Vorstellungen darüber machen können, nach welcher Richtung hin wohl der gefundene Nahrungsrest Schaden anzurichten vermöchte.

Diskussion: Moro: Der Vortragende ist uns den Beweis für die Berechtigung des von ihm wiedergebrauchten Begriffes „schädlicher Nahrungsrest" schuldig geblieben. In dieser Hinsicht weist Moro auf Versuche von Freudenberg und Schofmann

hin, die am überlebenden Kälberdarm eine wesentlich verminderte Zuckerresorption in Medium der Frauenmilch (gegenüber in gleicher Weise angesetzten Versuchen mit Kuhmolke) ergeben haben, als dessen Ursache eine schädigende Wirkung des heterologen Eiweißes auf die resorptive Funktion der Darmzellen erwiesen werden konnte. Unter der Voraussetzung, daß diese am Kälberdarm erhobenen Befunde auch für den menschlichen Säugling Geltung haben, dürften diese Ergebnisse für die Pathogenese der Dystrophie von Bedeutung sein. Die theoretischen Schlüsse, die sich daraus ergeben, liegen auf der Hand. Freilich ist dazu der Nachweise erforderlich, daß genuines Eiweiß unter Umständen in „biologisch aktiver Form" den Dünndarm erreichen kann. Versuche darüber sind an der Heidelberger Klinik zur Zeit im Gang. Jedenfalls sprechen aber schon die Befunde Uffenheimers für diese Möglichkeit.

Grosser: Es fehlt bisher wegen mangelnder Methodik an Untersuchungen, ob nicht auch bei natürlicher Ernährung (Dyspepsie des Brustkindes) unverdautes Frauenmilcheiweiß ausgeschieden wird. Aber selbst wenn dies nicht der Fall sein sollte, ist es wahrscheinlich, daß das unverdaute Kuhmilchkasein als Fremdkörper und nicht als schädlicher Nahrungsrest ausgeschieden wird. Es ist dann Folge, nicht Ursache einer Unterfunktion der Darmzellen.

Lust möchte die Bezeichnung „schädigender Nahrungsrest" deshalb nicht für glücklich halten, weil von einer direkten Schädigung wegen der Ausscheidung allein noch nicht geredet werden kann. Insofern scheint es auch nicht angängig, die Wirkung des Hühnereiweißes mit der des Kaseines in Parallele zu setzen, da bei diesem zu der Ausscheidung eines unabgebauten Nahrungsrestes auch noch eine direkte Schädigung auf die Darmwand hinzukommt, die zu der Passage des Eiweißes Veranlassung gibt. Eine derartige Schädigung ist aber vom Kasein nicht bekannt.

Die makroskopische Beurteilung der Präzipitinreaktion möchte Lust nach wie vor der mikroskopischen vorziehen, weil sie vielleicht noch etwas weniger fein, dazu aber auch bei positivem Ausfall um so beweisender ist.

Uffenheimer (Schlußwort): Mit ganz besonderer Freude habe ich die Darlegungen des Herrn Moro begrüßt, die ja tatsächlich eine Richtung anzeigen, in der man einen schädlichen Nahrungsrest suchen könnte. Die Frage des Herrn Grosser nach der Zusammensetzung der Frauenmilchflöckchen läßt sich mit Hilfe der Präzipitationstechnik selbstverständlich nicht beantworten; denn mit dem Frauenmilch-, d. i. Menschenlaktoserum reagieren auch schon die (menschlichen) Darmsekrete des Säuglings. Auch bezüglich der Kaseinflöckchen der künstlich ernährten Säuglinge wurde ja nicht behauptet, daß sie etwa nur aus Kaseinresten bestünden; dieser Eiweißkörper spielt nur eine nicht unwesentliche Rolle beim Aufbau der genannten Bildung. Damit, daß unverändertes Kasein sich im Stuhle findet, ist zweifellos nicht bewiesen, daß dieser Stoff keinen Schaden im Darm anrichten kann. Vermutlich fällt gerade ein nicht unwesentlicher Teil dieses von den Darmsäften nicht veränderten Körpers während seines Aufenthaltes im Intestinum der Fäulnis anheim und es läßt sich sehr wohl vorstellen, daß durch diesen Zersetzungsvorgang Schädigungen entstehen können. Eine gewisse Analogie mit dem darmreizenden Eiklar läßt sich gut denken. Die mikroskopische Differenzierung des spezifischen Präzipitates gelingt mit einiger Übung sehr leicht. Vortragender erklärt sich bereit, dies in praxi zu demonstrieren.

2. **Benjamin** (München): „*Weitere Untersuchungen zum Eiweißnährschaden des Säuglings*".

Fortführung der über denselben Gegenstand in der Zeitschrift für Kinderheilkunde, Bd. X, H. 2 bis 4, mitgeteilten Untersuchungen.

1. Gemeinsam mit Grafe.

Die groben Kaseinklumpen Talbots bedeuten nur eine unter dem Einfluß der Rohmilchernährung auftretende Form der Ausscheidung von Nahrungseiweiß. Es ergab sich bei einem neuen Stoffwechselversuch, daß der prozentische N-Gehalt des Stuhles annähernd gleich blieb, wenn von der abgekochten zur rohen Milch übergegangen wurde und wenn damit die Entleerung der Klumpen einsetzte.

2. Gemeinsam mit Adler.

Die beim kranken Säugling beobachteten großen N-Retentionen beruhen nicht auf der Unfähigkeit der Niere, Schlacken des Eiweißstoffwechsels zu eliminieren. Funktionsprüfungen mit Harnstoff ergaben ein dem gesunden Erwachsenen entsprechendes Verhalten.

3. Überernährung mit Eiweiß führte bei jungen Hunden zu einer durch die Gesamtanalyse der Tiere feststellbaren, wenn auch nur geringgradigen, Verschiebung der chemischen Körperzusammensetzung im Sinne einer Wasseranreicherung.

4. Es gibt beim Säugling ein durch größere Gaben von Plasmon auslösbares Eiweißfieber.

Diskussion: Nöggerath und Grosser.

Camerer: Auch beim Erwachsenen läßt sich durch extreme Fleischfütterung Temperatursteigerung erzielen. Ob diese wie auch die Fiebererscheinung bei Plasmonfütterung auf die Eiweißzufuhr zurückzuführen ist, oder ob es sich um ein Kochsalzfieber handelt, dürfte noch nicht feststehen.

Benjamin (Schlußwort).

3. **Siegfried Wolff** (Wiesbaden): *„Luftschlucken als Todesursache"*.

Vortragender berichtet über einen 3 Monate alten Säugling, der ins Krankenhaus gebracht wurde, weil der Leib immer dicker wurde und das Kind im übrigen immer mehr abnahm. Der Leib war in der Tat enorm groß (Umfang 50 cm). Differentialdignostisch kamen zunächst in Betracht Dekomposition und Hirschsprungsche Krankheit. Für beide ließ sich bei den regelmäßigen und guten Stühlen, dem Fehlen jeglichen Erbrechens usw. kein Anhaltspunkt finden, dagegen fiel auf, daß das Kind beständig Luft unter lautem Glucksen schluckte, und bei der Röntgenaufnahme zeigten sich alle Därme enorm aufgetrieben und mit Luft gefüllt. Durch Einlegen einer Duodenalsonde und eines Darmrohres gelang es, eine Zeitlang Besserung zu schaffen. Schließlich ging das Kind an dem Luftschlucken zugrunde, da durch die kolossale Luftansammlung im Abdomen schließlich das Zwerchfell in die Höhe gedrängt und die Lunge komprimiert wurde. Das Krankheitsbild, das bisher in der menschlichen Pathologie noch nicht bekannt ist, steht in Analogie zu dem sogenannten „Koppen" der Pferde. In ähnlichen Fällen würde vielleicht die Anlegung eines Anus präternaturheilend wirken können. Demonstration der Photographien und der Röntgenbilder.

4. **Siegfried Wolff** (Wiesbaden): „b) *Zur Behandlung des Sklerems der Neugeborenen*".

Vortragender berichtet über eine neue Behandlungsmethode des prognostisch fast absolut tödlichen Sklerems der Neugeborenen. Nachdem ihm mit den üblichen therapeutischen Maßnahmen (Erwärmung bis 37·5°, heiße Bäder, Kochsalzkoffeininjektionen) usw. etwa 20 Skleremfälle gestorben waren, versuchte er durch Überhitzung bis auf 40 bis 42° das Sklerem zum Verschwinden zu bringen, was in der Tat in den 3 so behandelten Fällen zur Heilung führte. Natürlich ist genaueste Beobachtung des Kindes und häufigste Messung notwendig, um eine länger dauernde Hitzeschädigung zu vermeiden. Diese tritt ja in der Form schlechter Stühle immer auf, ist aber leicht in Kauf zu nehmen für die Heilung des schweren Zustandes, die prompt erfolgt. Demon-

stration der 3 Kurven, die zeigen, daß die 3 Frühgeburten (darunter eine künstlich ernährte) hernach gut gediehen. Ein Vorteil der Behandlung besteht darin, daß es den Kindern in der Hitze ungemütlich wird und sie, die bisher wie tot dalagen, zu schreien und sich zu bewegen anfangen und auch besser trinken, da sie durch die Erwärmung sicher Durst bekommen.

Ausführliche Publikation a. a. O.

Diskussion: Ibrahim: Beim Luftschlucken des Kollegen Wolff muß wohl eine Pylorusinsuffizienz mitgewirkt haben. Die Aerophagie pflegt sonst nach Mitteilungen französischer Forscher und den Beobachtungen von Usener zu gehäuftem Erbrechen zu führen, wodurch die geschluckte Luft entleert wird.

Köppe: 1 Fall von Luftschlucken wurde von mir beobachtet, bei dem das Kind mit hochgradig aufgetriebenem Leib, ohne Atem, fast pulslos gebracht wurde. Der Zustand sollte plötzlich eingetreten sein, und zwar auf dem Wege zur Poliklinik, das Kind habe „sich verfangen". Nach Einführen des Magenschlauches entleerten sich große Luftmengen, wie durch Unterwasserhalten des Schlauchendes sich deutlich zeigte; ebenso konnten große Luftmengen durch ein eingeführtes Darmrohr entleert werden. Das Kind erholte sich nach diesem akuten Anfall vollkommen bei Behandlung der vorhandenen Rachitis. Den Anfall erklärte ich mir durch Spasmen.

Siegert: Die länger, über 2 Tage, eine sehr hohe Temperatur zeigenden beiden ersten Säuglinge haben in den ersten 3 Wochen abgenommen gegen das Eintrittsgewicht, nur der 3. kurz fiebernde hat zugenommen. Unerklärt bleibt mir bei diesen Beobachtungen die Häufung von 23 Fällen in nur 2 Jahren. Bei meinem Material — zirka 80 Säuglingsbetten — gehört das echte Sklerem zu den seltensten Fällen bei recht verschiedener Prognose.

Wolff: (Schlußwort).

5. **J. Husler** (München): *„Beitrag zur Kenntnis der intermediären Krampfanfälle"*.

Unter „intermediären Anfällen" verstehen wir nach Oppenheim jene funktionellen Krampfformen, die weder genau dem Typus der Epilepsie noch dem der Hysterie entsprechen. Wegen der Eigenart des kindlichen Organismus, pathogene Reize bei gegebener endogener Determinierung mit Krämpfen, Bewußtseinverlust usw. zu beantworten, müssen wir den Begriff der „intermediären Anfälle" sehr breit fassen. In diese Sammelgruppe rechnen wir ein Syndrom, das charakterisiert ist durch die Kombination des lordotischen Symptomenkomplexes mit Krampfzuständen verschiedener Art. Wie aus einer Anzahl Krankengeschichten sich erweisen läßt, ist diese Kombination nicht eine zufällige Koinzidenz, sondern beruht auf innerem Zusammenhang der Erscheinungen. Epilepsie läßt sich ausschließen durch das Fehlen jeglicher degenerativen Stigmata, hereditärer Belastung und geistiger Defekte; für Hysterie bestehen keinerlei seelische oder körperliche Anhaltspunkte. Betroffen sind meist Knaben im Schul- oder Pubertätsalter. Hereditäre Belastung und Neuropathie fehlen fast immer. Stets sind es vasomotorisch-labile Individuen, die zu Krämpfen und Bewußtseinsverlust neigen. Die Krämpfe selten: etwa alle paar Wochen bis Monate. Setzen nach stehender Beschäftigung ein, aber auch ohne ersichtliche Ursache, ab und zu auch auf psychischen Anlaß. Therapeutisch unbeeinflußbar, weder durch Br. noch As. Prognose anscheinend günstig.

Diskussion: Moro macht den Vortragenden darauf aufmerksam, daß er erst kürzlich Gelegenheit nahm, in einer Publikation über Neuropathie auf die eminente praktische Bedeutung der „Vasomotorenepilepsie", die mit dem befürchteten Morbus sacer nichts zu tun hat und eine gute Prognose gibt, ausdrücklich hinzuweisen. Die Abgrenzung von der Epilepsie hat aber in jedem Falle nur mit großer

Vorsicht zu geschehen, da sich ausgesprochene Vasolabilität (eventuell kombiniert mit funktioneller Albuminurie) auch bei „echter Epilepsie" sehr häufig findet.

Siegert: Den Vortragenden möchte ich fragen, ob er solche mit Krämpfen verbundenen „Ohnmachten" respektive Anfälle auch nachmittags oder abends gesehen hat; bei Knaben in jugendlichem Alter sah ich sie wiederholt aus Anlaß des Knieens respektive Stehens im morgendlichen Frühgottesdienste, wo an einfache Ohnmacht respektive an Epilepsie gedacht wurde. Orthostatiker und Vasomotoriker sind alle.

von Pfaundler.

Rosenhaupt betont die Schwierigkeit, die in der Abgrenzung gegen die Epilepsie liegt. Er hält die von Husler beschriebenen Krankheitsbilder für einen Ausdruck derselben vasomotorischen Anomalie, die auch zur Migräne im Kindesalter führt. Auch für sie ist es charakteristisch, daß sie nicht erst dann auftritt, wenn die Kinder beim Aufstehen die horizontale Lage verlassen.

Rohmer: In 2 einschlägigen Fällen fand ich einen ganz auffallend starken Fazialis. Obwohl dieses Phänomen sich bei größeren Kindern nicht selten findet, wäre es vielleicht doch zur Differenzierung der einzelnen Gruppen der in Rede stehenden Krankheitsbilder heranzuziehen.

6. **F. Börger** (München): *„Über 2 Fälle von Arachnodaktylie"*.

Das Krankheitsbild der Arachnodaktylie wurde im Jahre 1896 von Marfan und 1902 von Achard beschrieben; letzterer gab ihm den Namen. Es gehört in das Kapitel Riesenwuchs. Nach v. Langer muß der normale (totale) vom pathologischen (partiellen), nach Schwalbe der angeborene vom erworbenen unterschieden werden. Pathogenetisch werden Störungen in der Funktion endogener Drüsen angenommen. Diskutiert wird über die Frage, ob sich diese Störungen bereits intrauterin geltend machen können.

In unseren Fällen muß die Frage, ob angeborener oder erworbener Riesenwuchs vorliegt, dahin entschieden werden, daß es sich um einen angeborenen handelt. Das geht deutlich aus der Anamnese hervor: bei der Geburt bemerkten in beiden Fällen Mutter und Hebeamme, daß der Körper des Neugeborenen zu lang und daß namentlich Hände und Füße sehr lang und schmal waren. Es wurde eine „Rückgratverkrümmung" und „Schlottern der Augen" bemerkt, die dazu „hohl" waren. Außerdem bestanden bei der jüngeren Patientin „Gliederverkrümmungen" (Kontrakturen) und eine „Einsenkung der Brust" (Trichterbrust).

Dieser angeborene Riesenwuchs ist ferner ein pathologischer; denn nach Messungen, die sowohl am lebenden Patienten wie an gleich großen (aber älteren) Kontrollkindern vorgenommen wurden, zeigte sich, daß die Differenz an den distalen Körperteilen größer war als an den proximalen. Das wurde durch vergleichende Knochenmessungen an gleichmäßig aufgenommenen und durchgepausten Röntgenplatten bestätigt. Die Berechnung des prozentualen Verhältnisses der einzelnen Knochen zur Gesamtkörperlänge zeitigte dasselbe Ergebnis. Die auffallende Schmalheit der Knochen veranlaßte, das Verhältnis der mittleren Breite zur Länge der einzelnen Knochen zu berechnen und mit den gleichnamigen Knochen des Kontrollkindes zu vergleichen. Auch hierbei ergaben sich erhebliche Differenzen zugunsten der Patienten und namentlich in den distalen Knochen.

Pathogenetisch nehmen die meisten Autoren eine Funktionsstörung der endokrinen Drüsen an. Die Sektion des einen unserer Fälle bestätigte die Verlängerung der Knochen und ergab ferner verschiedene Mißbildungen: 2 rechte Lungenlappen, Vergrößerung der Lingula, offenes Foramen ovale am Herzen, Veränderungen am

knöchernen Schädel, namentlich an der Sella turcica und der vorderen Schädelgrube und Deformität des äußeren Ohres. Ferner bestand das Knochenmark bei dem einjährigen Kinde aus Fettmark und wies wenig Osteoblasten auf. Die histologische Untersuchung der Blutdrüsen ergab keinen pathologischen Befund. Trotzdem kann aber eine Funktions- oder Korrelationsstörung dieser Drüsen bestehen, die anatomisch nicht nachweisbar ist. Auch ist eine solche intrauterin möglich, da eine Funktion von Thymus, Leber, Milz und Knochenmark in utero bekannt ist. Sowohl der äußere Habitus unserer Patienten wie ferner das Knochenmark und Blutbild boten den Typus des Erwachsenen, ja, des Senilen. Das plötzliche Umschlagen einer Hyperfunktion in eine Hypofunktion der endogenen Drüsen ist beim Riesenwuchs wiederholt beobachtet worden.

Zusammenfassend können wir also sagen: Es handelt sich bei der Arachnodaktylie um einen angeborenen und partiellen Riesenwuchs, der durch eine mangelhafte Anlage und vielleicht frühzeitige Erschöpfung des Gesamtorganismus, speziell der Blutdrüsen und eventuell des Knochenmarkes, bedingt ist.

Diskussion: Siegert fragt, wie die Intelligenz der Kinder war.

Börger: Die Intelligenz war normal.

7. **Rohmer** (Marburg): *„Zur Kenntnis des Asthma cardiale beim Kinde"*.

Bericht über einen Fall von schwerem Herzasthma bei einem 6jährigen Kinde, welches im Verlaufe einer Mitralinsuffizienz mit Cor bovinum, die aber leidlich kompensiert war, auftrat und nach 3 Tagen zum Tode führte. Bei der Sektion zeigte sich eigentümlicherweise die linke Lunge völlig normal, während die rechte eine eigenartige Verdichtung aufwies, die sich mikroskopisch in der Hauptsache als durch hyaline Massen entstanden herausstellte, welche die Wände der Alveolargänge auskleideten und vielleicht als hyalin gewordene Ödemflüssigkeit aufzufassen sind.

Abgesehen von diesem einzig dastehenden anatomischen Befund verdient der Fall deswegen hervorgehoben zu werden, weil er beweist, daß das Symptom des Herzasthma auch beim Kind im Verlauf von Herzaffektionen auftreten kann und seiner Gefährlichkeit wegen Beachtung und rasches therapeutisches Eingreifen erfordert.

8. **Gött** (München): *„Zur Klinik der postdiphtherischen Lähmung"*.

4 Fälle von postdiphtherischer Polyneuritis zeigten neben mehr oder weniger schweren paretischen, paralytischen und ataktischen Erscheinungen ein äußerst lebhaftes Fazialisphänomen sowie sehr gesteigerte Bauchdecken- und vor allem Kremasterreflexe derart, daß bei Reizung der reflexogenen Zonen des Kremasterreflexes eine intensive Bauchdeckenkontraktion eintrat. Diese Erhöhung der reflektorischen, vielleicht auch der mechanischen Erregbarkeit bestimmter Nerven ist wahrscheinlich parallel zu setzen der bei leichteren Fällen postdiphtherischer Neuritis bereits beobachteten, der Areflexie vorausgehenden Steigerung der Patellarreflexe und aufzufassen als Manifestation einer zunächst noch im Sinne eines Reizes wirkenden Beeinflussung bestimmter Nervengebiete durch das Diphtheriegift. Wie überraschend häufig diese Diphtherievergiftung aber ist, ergibt sich aus der Tatsache, daß in einem großen Prozentsatz von Fällen ganz glatter Diphtherierekonvaleszenz die nämlichen Reflexsteigerungen, auch das Fazialisphänomen, für kürzere oder längere Zeit zur Ausbildung gelangen.

Diskussion: Lust trägt Bedenken, das Diphtherietoxin als spezifischen Reiz für die Auslösung des Fazialisphänomens anzusprechen, da dieses einerseits zu häufig vorhanden ist, anderseits von zu wechselvollen äußeren Bedingungen abhängig ist (Wetter, Aufenthalt

im Freien oder Zimmer, psychische Erregung usw.). Die Asymmetrie des Phänomens ist auch von Lust sehr häufig gesehen worden.

Gött (Schlußwort).

9. **v. Mettenheimer-Götzky** (Frankfurt a. M.): *„Lues und Schwachsinn"*.

Bei der Untersuchung von 275 Kindern einer Hilfsschule in Frankfurt wurden 10% der Kinder als kongenital luetisch krank gefunden. Um diesen Kindern eine notwendige Behandlung zuteil werden zu lassen, wurden der Schulbehörde folgende Vorschläge unterbreitet:

1. Bei der Untersuchung der Kinder aller Volksschulen ist mehr wie bisher von den Schulärzten auf erbsyphilitische Merkmale zu achten, da es darauf ankommt, die Krankheit so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln. Vor allem sind die anamnestischen Daten der Familie möglichst daraufhin zu prüfen, ob Anhaltspunkte für Lues vorliegen. (Polymortalität, Aborte, spezifische Erkrankungen des Nervensystems).

2. Ganz besonders ist bei der Aufnahme der Kinder in die Hilfsschulen auf Merkmale luetischer Erkrankung von seiten des Schularztes zu fahnden, eventuell unter Zuziehung eines Spezialarztes. Wünschenswert wäre die Vornahme der Wassermannschen Reaktion bei allen aufzunehmenden Hilfsschülern (unter Mithilfe einer Schulschwester oder einer ähnlichen geeigneten Vertrauensperson).

3. Der Hilfsschularzt muß das Recht und die Pflicht haben, in geeigneter taktvoller Weise mit den Vätern der als luetisch erkannten Kinder zu sprechen, eine spezifische Behandlung anzuraten und sich die Durchführung einer zweckentsprechenden Kur von seiten des Arztes bescheinigen zu lassen.

Läßt sich dies nicht durchsetzen, so hat eine zwangsweise Behandlung dieser kranken Kinder einzutreten. Die Berechtigung hierzu ist herzuleiten aus § 1666 B.-G.-B., dessen wesentliche Voraussetzung ist:

1. die vorliegende Gefährdung des Kindes,
2. das Verschulden des Vaters.

Die Kosten der Behandlung muß das Armenamt übernehmen, ohne daß der Vater dadurch seine bürgerlichen Rechte einbüßt.

Die Kinder sind als „skrofulös" den Spitälern zu überweisen. Dabei ist zu vermeiden, daß Laien Kenntnis von dem Leiden der betreffenden Kinder erhalten.

Diskussion: Nöggerath: Wird der Erfolg im Verhältnis zur Beunruhigung der Familien und zu den Kosten stehen?

Schlesinger: Bei den Debilen der Hilfsschule findet sich Lues congenita in den verschiedenen Gegenden Deutschlands in sehr wechselndem Maße. In den Anamnesebogen der Hilfschüler werden die Schulärzte ausdrücklich auf die Nachforschungen nach Lues hingewiesen.

Köppe.

v. Mettenheimer (Schlußwort).

10. **F. Lust** (Heiderberg): *„Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel"*.

Vortragender kommt sowohl auf Grund klinischer Erfahrungen als theoretischer Überlegungen zu dem Resultat, daß dem Friedmannschen Tuberkulosemittel keinerlei prophylaktische oder therapeutische Bedeutung zuzuerkennen ist. Die zuweilen beobachteten Besserungen im Anschluß an die Injektionen waren nicht derartige, daß notwendigerweise ein Kausalzusammenhang angenommen werden mußte, zumal die Fälle mit völlig unverändertem lokalen Befund in der Überzahl waren und nicht selten eine Aussaat frischer tuberkulöser Produkte bald nach der Injektion beobachtet wurde, die einmal sogar zu einer tuberkulösen Meningitis führte. Der Vortragende bezweifelt, daß den Friedmannschen Bazillen überhaupt ein spezifischer Einfluß

zuzuschreiben ist, da Pirquetisierungen mit einem Schildkrötentuberkulin auch bei vorbehandelten Kindern stets negativ ausfielen. Daraus ist aber der Schluß zu ziehen, daß die Friedmannschen Bazillen gar keine Antigeneigenschaften im menschlichen Organismus entfalten, mithin auch zu einer Anreicherung von Tuberkuloseantikörpern gar nicht Anstoß geben können. Sie sind wohl nichts anderes als säurefeste Stäbchen, die dem Menschen gegenüber nur Saprophyteneigenschaften besitzen, wie sie auch früher schon aus Kaltblütertuberkulosen gezüchtet wurden.

Diskussion: Nöggerath: Diese allmählich sich häufenden negativen Ergebnisse waren eigentlich zu erwarten auf Grund der Orthschen Prüfung des Mittels an Meerschweinchen.

Lust (Schlußwort).

11. **Nöggerath und Zondek** (Freiburg): *„Über Nephropathien im Kindesalter"*. (Erscheint in der Münchener med. Wochenschr.)

12. **Siegert** (Cöln): *„Zur Diagnose der latenten Thymushyperplasie"*.

Siegert bekämpft mit Schärfe die besonders auch von Finkelstein vertretene Lehre, daß es keinen „Thymustod" gebe, daß es sich vielmehr bei den so plötzlich gestorbenen Kindern um schwer im intermediären Stoffwechsel durch Ernährungsstörungen geschädigte handle, die im kritischen Moment der Überflutung des kranken Stoffwechsels mit Abbauprodukten der Nahrung erliegen. Er führt eigene Fälle an, die einen „Thymustod" gestorben sind (ein bis zum Tage vor dem Exitus blühendes Brustkind, dessen gleichfalls blühende Schwester zirka 7 Jahre vorher dem Thymustod erlag und eine zweite ganz ähnliche Beobachtung). Vollständiger Status thymico-lymphaticus (Paltauf-Escherich) findet sich in den ersten 3 Monaten nie, kommt aber schon im 5. bis 6. Monat vor. Hinweise auf die Thymushyperplasie sind: Thymustod, der sich früher in der engeren oder weiteren Familie ereignet hat, Dysphagie, Stridor, Labilität der Herzleistung, Neigung zu übermäßiger Gewichtszunahme trotz knappster Ernährung und zur Obstipation bei zweckmäßiger Nahrung, extremer Dermographismus und übergroße Erregbarkeit, abernicht Spasmophilie. Den Beweis für die Thymushyperplasie erbringen Perkussion und Radioskopie einwandfrei (meist beiderseits, besonders nach links das Sternum weit überschreitende Dämpfung, in Inspiration und Exspiration über den Herzschatten auf- und absteigend). Die Hyperplasie ist durch Röntgentherapie ohne Schaden für das Kind weitgehend zu beeinflussen. Die demonstrierten Photogramme und Radiogramme entsprechen nur Fällen von latenter Thymushyperplasie. Siegert weist mit Nachdruck auf die diagnostische Wichtigkeit beider und die Förderung der Frage der latenten Thymushypertrophie durch recht zahlreiche solche Abbildungen hin.

Diskussion: Moro, Gött.

Götzky: Bei der Beurteilung einer Verbreiterung des Herzschattens nach rechts ist zu berücksichtigen, daß der Thymusschatten im Röntgenbilde sehr häufig rechts zu sehen ist. Wir haben in Frankfurt bei Massenuntersuchungen den Thymusschatten sogar meistens auf der rechten Seite gefunden.

Benjamin: Bei der Beurteilung einer Thymusvergrößerung im Röntgenbilde ist dem rechts von der Wirbelsäule gelegenen Schatten, der oft auf die großen Gefäße zu beziehen ist, Beachtung zu schenken, da derselbe zu Fehldiagnosen Anlaß geben kann. Einige der demonstrierten Beobachtungen scheinen in diesem Sinne zu deuten zu sein.

Lust macht auf den schwer erklärbaren Gegensatz aufmerksam, daß die Kinder mit ausgesprochenen klinischen Stenoseerscheinungen quoad vitam meist eine gute Prognose haben, während gerade die Kinder

die plötzlich zugrunde gehen, nur äußerst selten schon vorher auf eine Hypertrophie der Thymus hinweisende Stenosensymptome darbieten. Warum sind diese trotzdem mehr gefährdet als die ersteren? Grosser.

Siegert (Schlußwort): Selbstverständlich ist maßgebend in erster Linie die Vergrößerung nach links, wohl kann aber auch gelegentlich der rechte Lappen vorwiegend vergrößert sein. Daß pulsierende Gefäßschatten wie tuberkulöse Drüsen nicht mit Thymushyperplasie verwechselt werden dürfen, liegt auf der Hand, ebenso darf man aus Thymushyperplasie nicht auf wahrscheinliche Gefahr schließen. Daß Kinder mit großer Thymus sich wohl befinden, andere ohne Vorboten zugrunde gehen, ist sicher. Aber bei der gewaltigen Überzahl aller plötzlichen Todesfälle — ohne Spasmophilie als Todesursache — liegt eben als einziger Befund Thymushyperplasie vor und auch wenn kleinste bronchitische Herde bei ihnen nachgewiesen sind, erklären nicht sie den Tod, wie Richter wollte. Was die Hyperplasie des follikulären Rachenringes anlangt, so habe ich gerade diesen Befund neben der Schwellung aller Lymphdrüsen, neben dem typischen Habitus, der Vergrößerung des Herzens, speziell des rechten als Hinweis auf eine Beachtung der Thymus genannt. Der Befund ist typisch für Thymushyperplasie vom 2. Lebensjahre ab.

13. **Moro** (Heidelberg): *„Über Lebertrantherapie"*. (Mitteilungen über neue Versuche von Freudenberg und Klocmann betreffend ihre Theorie der Lebertranwirkung.)

Diskussion: Grosser: Im Tierversuch fand sich kein Anhalt dafür, daß im Lebertran ein „Vitamin" vorhanden wäre, welches die Wirkung erklären könnte. Für die besondere Wirkung der dem Lebertran eigentümlichen Fettsäuren sprechen auch sonstige Befunde in der Lehre vom Fettstoffwechsel.

Tripke erwähnt ein Kalkpräparat Kalzivit (hergestellt in der Fabrik pharmazeutischer Präparate H. Renckhoff in Boppard a. Rh.), mit dem er bei Rachitis und Spasmophilie in einer großen Reihe von Fällen ganz ausgezeichnete Resultate erzielt hat, ohne daß er Lebertran zu geben brauchte; der Grund hierfür liegt vielleicht in der eigenartigen Kombination von Kalksalzen einmal untereinander und dann auch mit einem leicht verdaulichen Eisenpräparat; auf den subtilen Säuglingsmagen wird hierbei insofern Rücksicht genommen, als das Kalzivit in zwei verschiedenen Konzentrationen für Säuglinge und ältere Kinder hergestellt wird; Tripke bittet, seine Resultate nachprüfen zu wollen.

Köppe: 1. Moro gibt an, daß rote Blutscheiben in Lebertran nicht hämolysieren, wohl aber im „Oxylebertran". Da die Versuchsanordnung nicht besprochen wurde, kann ich zu diesen Angaben keine Stellung nehmen, sie veranlassen mich aber, über einige Versuche zu berichten, die ich vor Jahren angestellt, aber noch nicht veröffentlicht habe: Schüttelt man gewaschene Menschenerythrozyten in Lebertran, so werden die roten Blutkörperchen braun bis schwarz und hämolysieren. Der Vorgang vollzieht sich vollkommen wie bei der Säurehämolyse. In indifferenten reinen Ölen erleiden die roten Blutscheiben keine Farbänderung und hämolysieren nicht, so in Paraffinöl, reinem Olivenöl und anderen. Diese Blutkörperchenprobe erwies sich als gutes Reagens auf Säuren in Ölen.

2. Der Hinweis des Herrn v. Pfaundler auf seine Versuche mit Knorpelstückchen verschiedener Herkunft in $CaCl_2$-Lösungen, aus denen gefolgert wurde, daß in den Knorpel Kalzium eindringe, demnach eine Trennung des so ungemein stabilen Moleküls $CaCl_2$ hat eintreten müssen, veranlaßt mich wieder auf die Tatsache aufmerksam zu machen, daß rote Blutscheiben sich in diesem Punkte wieder anders verhalten. Versuche mit roten Blutscheiben, welche in $CaCl_2$-Lösungen und in Lösungen anderer Chloride suspendiert wurden, ergaben, daß

wohl Cl-Ionen in die roten Blutscheiben eindringen können, aber Ca-Ionen nicht.

v. Pfaundler.

Moro (Schlußwort).

14. **v. Pfaundler:** *„Über Körpermaße von Schulkindern"*.

Der Vortragende hat, unterstützt durch einige Mitarbeiter, Erhebungen über Körperlänge und Körpergewicht von Münchener Schulkindern angestellt und die gewonnenen Daten nach den Prinzipien der Kollektivmaßlehre bearbeitet. Er legt die wichtigsten Ergebnisse dieser Studien vor und verweist Interessenten auf die aus seiner Klinik und im Verlage von Rudolf Müller u. Steinicke in München, Lindwurmstraße, erschienenen Dissertationen der Herren Riedel, Skibinsy, Dikanski, Matusiewicz und Chose.

Am 9. Juni fanden folgende Führungen und Demonstrationen statt:

Nach einem Führungsvortrag durch die volkstümliche Abteilung „Kind" demonstrierte Camerer, Stuttgart, im Lichtspielhaus der Ausstellung zunächst einige statistische Tafeln und Tabellen, die sich auf die verschiedenen Ursachen der Säuglingssterblichkeit, die Stilldauer, die Gründe des Abstillens in einem Industrie- und landwirtschaftlichen Bezirk beziehen, ferner Tabellen über den Stoff- und Kraftwechsel beim Kind sowie Lichtbilder von Stuhlentleerungen und Magenaufnahmen. Es folgten hierauf kinematographische Vorführungen eines Falles von Pylorospasmus sowie eines Falles extremer inspiratorischer Einziehungen bei einem halbjährigen, schwer rachitischen Kinde mit Rippenfrakturen. Sodann wurden Bilderstreifen eines Kindes mit kongenitaler Hüftgelenksluxation sowie eines Falles von Chorea (aus dem Olgakinderspital, Dr. Fischer und Prof. Müller) gezeigt und endlich die ersten Kriech- und Gehversuche bei mehreren Kindern vorgeführt. Hieran schloß sich ein Führungsvortrag von Camerer durch die wissenschaftliche Abteilung „Säugling und Vorschulalter", von Gastpar durch die Abteilung „Schulgesundheitspflege" und von Frau Dr. Ingelfinger durch die Abteilung „Ernährung".

Außerdem demonstrierte Sippel (Stuttgart) im Lichtspielhaus der Hygiene-Ausstellung:

Er zeigte Röntgendiapositive, und zwar zunächst von angeborenen Mißbildungen der Wirbelsäule.

a) angeborene Rückgratverkrümmung mit totaler Rippenaplasie; völliges Fehlen der zwei obersten Rippen rechts, daneben Wirbelmißbildungen und Rippendefekte.

b) Rückgratverkrümmung infolge von Mißbildungen von Wirbeln (rudimentären Wirbeln, Keil- und Schrägwirbeln) und von Rippen (Rippengabelung, Rippendefekte). Von Brustwirbeln sind nur 8, von Lendenwirbeln nur 3 richtig ausgeprägt; auf der einen Seite 10, auf der andern 12 Rippen.

c) Angeborene teilweise Verschmelzung des 7. Hals- und 1. Brustwirbels mit sekundärem Schiefhals.

d) Fall von angeborener Wirbelmißbildung mit einseitiger Halsrippe.

e) Schulterblatthochstand (mit Spaltbildung am 7. Hals- und 1. Brustwirbel und teilweiser Verwachsung dieser beiden Wirbel).

f) Einseitiger Pektoralisdefekt nebst Defekt der Brustdrüse.

Sodann demonstriert Sippel Röntgendiapositive und Krankheitsbilder von 3 Fällen von angeborener versteckter Wirbelspalte, Spina bifida occulta; röntgenologisch findet sich im unteren Abschnitt der Lendenwirbelsäule oder im Kreuzbeinbereich eine angeborene Spaltbildung, besonders häufig ein Klaffen der Bogenteile des 5. Lendenwirbels. Neben der Defektbildung der Wirbelsäule gehen häufig Defektbildungen in der Dura, Fettansammlungen im Rückenmark, Abschnürung von Nervenwurzeln einher. Es handelt sich neben der knöchernen

Mißbildung um eine Mißbildung beziehungsweise Entwicklungshemmung des untersten Rückenmarksabschnittes, um eine kongenitale Dysplasie desselben mit wohlcharakterisiertem Krankheitsbild. In allen 3 Fällen entwickelte sich langsam fortschreitend zwischen dem 5. und 12. Lebensjahr eine spastisch-atrophische Lähmung der Beine, die zur neurogenen Ausbildung einer progressiven Fußdeformität — Klauenhohlfuß — führte und mit umschriebenen Sensibilitätsstörungen und Blasenschwäche einherging.

Der späte Beginn und die chronische Progredienz sind auf das physiologische Aufsteigen der Medulla im Rückenmarkskanal mit Zerrung der bereits ausgebildeten Nervenelemente während des allgemeinen Körperwachstums zurückzuführen.

In Fällen, in denen eine Leitungsunterbrechung durch Strangbildung beziehungsweise eine manifeste Drucklähmung vorlag, ist schon eine kausale Therapie versucht und die operative Lösung von Strängen ausgeführt worden.

Besprechungen.

Feer. *Lehrbuch der Kinderheilkunde.* 3. Aufl. (G. Fischer, Jena, 1914; Preis: M. 12.—.)

Die bemerkenswerte Stellung, welche sich das Lehrbuch in kurzer Zeit gesichert hat, ist unverkennbar.

Einige Errata in der neuen 3. Auflage wären leicht zu beseitigen. So z. B. die bereits einmal als irrig gekennzeichnete Lehre, daß Idioten nie zur Sauberkeit zu erziehen sind. Die Definition des Soxhlet-Henkelgrades entspricht nicht den heute geltenden „Vereinbarungen".

Die Illustrationen sind unter Ausmerzung einer Anzahl früherer, weniger gut gelungener, durch eine Reihe neuer, vollendeter Aufnahmen vervollständigt worden. Klotz.

G. von Bunge. *Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen.* 7. Aufl. (E. Reinhardt, 1914; Preis: M. —.80)

Gegenüber der letzten Auflage von 1908 um weiteres statistisches Material vermehrt, sonst unverändert. Klotz.

Liebmann (Berlin). *Vorlesungen über Sprachstörungen.* H. 9: *Die psychische Behandlung von Sprachstörungen.* (O. Coblentz, Berlin, 1914; Preis: M. 2.40.)

Sehr lesenswerte, eingehende Darstellung der sprachärztlichen Behandlung von Stottern, Poltern, Lispeln, motorischer Aphasie. Klotz.

G. Anton. *Psychiatrische Vorträge für Ärzte, Erzieher und Eltern.* 3. Serie. (S. Karger, Berlin, 1914.)

Das Heft enthält folgende Vorträge: Gehirnbau und Seelenkunde. Über gefährliche Menschentypen. Wiederersatz der Funktion bei Erkrankungen des Gehirnes und Rückenmarkes. Ärztliches über Sprechen und Denken. Geistige Artung und Rechte der Frauen.

Die Vorträge sind an einen größeren Kreis von Gebildeten gerichtet, der Arzt wird also manche Elementarbegriffe, die ihm längst

in Fleisch und Blut übergegangen sind, diskutiert vorfinden. Als Ganzes genommen, stehen die formvollendeten Vorträge jedoch auf der Stufe höchster Wissenschaftlichkeit. Klotz.

Arzt und Schule. *Ziele und Erfolge der Schulkommission des ärztlichen Vereines München auf dem Gebiete des Mittelschulwesens 1904—1914.* (J. F. Lehmanns Verlag, München, 1914; Preis: M. 2.—.)

In dem Hefte sind u. a. folgende Aufsätze enthalten: Grassmann, Umfrage über persönliche Hygiene der Mittelschüler; Dörnberger, Schulärzte an höheren Lehranstalten; Nassauer, Schülerverbindungen und Schülerwohnungen; Lissmann, Sexualität und Schule; Uhl, Leibesübungen und Schule. Klotz.

Karl Corn. Rothe (Wien). *Sonderelementarklassen für sprachkranke Kinder.* (Seybolds Verlagsbuchhandlung, München, 1914, Preis: M. 1.—.)

Das kleine Heft enthält weit mehr, als der Titel andeutet: Eine gute Übersicht der Sprachentwicklung und Sprachstörungen im Kindesalter und die Therapie dieser Zustände. Es kann daher Interessenten durchaus empfohlen werden. Klotz.

A. Lorand. *Die menschliche Intelligenz und ihre Steigerung.* Eine Anleitung zum rationellen Denken. (W. Klinkhardt, Leipzig, 1914, Preis: M. 4.—.)

Der Verf. trägt in diesem sehr interessanten Werke mit großer Belesenheit alle diejenigen Ergebnisse der Hygiene, der Ernährungsphysiologie, der Sexualität, der Psychologie usw. zusammen, soweit sie Beziehung zur Denktätigkeit haben. Das Ganze liest sich wie eine anregende Plauderei und ist leichtverständlich gehalten. Demgemäß muß man auch gelegentlich Binsenwahrheiten mit in Kauf nehmen. Klotz.

Kalender für heilpädagogische Schulen und Anstalten. X. Jahrg., 1914/15. (C. Marhold, Halle, Preis: M. 1.20.)

In dem einzigen, von medizinischer Seite beigesteuerten Aufsatz: „Zur Ernährung unserer Kinder" fordert fast jeder Satz die Kritik heraus. Daß Schwerin zum Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz gehört, ist Hilfsschulgeographie. Klotz.

Schulkinderspeisung. Gesammelte Erfahrungen. Herausgegeben vom Verein Jugendheim E. V. Charlottenburg. (Verlag von K. Habel, Berlin, 63, S.)

Das aus jahrelanger Erfahrung in der Speisung von Schulkindern hervorgegangene Büchlein gibt zunächst wertvolle Ratschläge, die sich auf die notwendigen Kocheinrichtungen, auf Einkauf und Aufbewahrung der Lebensmittel beziehen. Es enthält ferner genaue Angaben über die Herstellung von 41 verschiedenen Gerichten, die als Mittagessen dienen können, ferner Zusammenstellungen über den Kaloriengehalt der einzelnen Speisen, ihren Preis und die Mengen,

die tatsächlich durchschnittlich verzehrt werden. Die Arbeit des Vereines hatte sich der Unterstützung Rubners und seiner Assistenten zu erfreuen. H. Vogt.

Hermann Rohleder. *Der Geburtenrückgang — eine Kulturfrage.* Verlag von Fischer, Berlin, 1913, 35 S.; Preis: M. 1.20.)

Graßl. *Der Geburtenrückgang, seine Ursachen und seine Bedeutung.* (Sammlung Kösel, Kempten und München, 1914, 163 S.; Preis: M. 1.—.)

Johann Forberger. *Geburtenrückgang und Konfession.* (Säeman-Verlag, Berlin, 1914. 72 S.; Preis: M. 1.—.)

Reinhold Seeberg. *Der Geburtenrückgang in Deutschland.* Eine sozial-ethische Studie. (76 S., Preis: M. 1.80.)

Max v. Gruber. *Ursachen und Bekämpfung des Geburtenrückgangs im Deutschen Reich.* (Verlag von J. F. Lehmann, 1914, 76 S.; Preis: M. 2.—.)

Max Hirsch. *Fruchtabtreibung und Präventivverkehr im Zusammenhang mit dem Geburtenrückgang.* (Verlag von C. Kabitzsch, Würzburg, 1914; Preis: M. 6.—.)

Johannes Guttzeit. *Ein dunkler Punkt, das Verbrechen gegen das keimende Leben oder die Fruchtabtreibung.* (5. Aufl., Verlag von M. Spohr, Leipzig, 1914, 515 S.; Preis: M. 5.—.)

Daß die Frage des Geburtenrückganges in kurzer Zeit eine umfangreiche Literatur hervorgerufen hat, ist bei der Wichtigkeit des Gegenstandes nicht erstaunlich. Für den Kinderarzt hat sie ein näheres Interesse schon wegen der Beziehungen zur Säuglingsfürsorge. Die Bestrebungen, möglichst viele Säuglinge am Leben zu erhalten, finden früher oder später eine natürliche Grenze, an der sie haltmachen müssen, wenn wir diese auch bislang noch durchaus nicht erreichen. Anders steht es mit der gewollten Einschränkung der Kinderzahl, die in ihren Folgen alle Leistungen der Fürsorgebestrebungen über den Haufen werfen kann. Über den Umfang des Geburtenrückganges, seine Verteilung auf Nationen, Berufsgruppen usw. liefert uns die Statistik weitgehende Aufschlüsse. Über seine Ursachen, seine Berechtigung, die Mittel zur Bekämpfung gehen die Meinungen noch weit auseinander. Rohleder vertritt den Standpunkt, daß die Einschränkung der Geburtenzahl der „Ausdruck eines günstigen Fortschrittes eines Volkes" ist, „gleichsam ein Maßstab seiner Kulturhöhe". Er läßt es „dahingestellt, inwieweit unsere kulturellen Fortschritte schon mit eine Folge des Geburtenrückganges sind". „Der Kulturmensch legt seinen sexuellen Trieben Zügel an, und sei es auch nur bezüglich der Folgen (im Original gesperrt) dieser Triebe." In pädiatrischen Kreisen dürfte der Satz auf Widerspruch stoßen: „Je geringer die Quantität der Kinder, desto besser die Qualität." Von diesem Standpunkt aus braucht man natürlich nicht auf Mittel zu sinnen, um den Geburtenrückgang einzuschränken! Wesentlich tiefer beleuchtet Graßl den Gegenstand, den er auch von der statistischen Seite her viel sachkundiger behandelt. Seine Darstellung scheint mir hervorragend geeignet zur ersten Einführung

in den Gegenstand. Graßl ist überzeugt, daß die katholische Religion eine wirksame Schutzmacht gegen die willkürliche Einschränkung der Geburtenzahl bildet und gebildet hat. Dieser Frage widmet Forberger eine genauere Besprechung, aus der hervorgeht, daß der katholische Anteil der Bevölkerung in der Tat eine höhere Geburtenzahl aufweist, daß aber zum Zustandekommen dieser Erscheinung andere als religiöse Gründe, wie z. B. polnische Einwanderung usw., mitgewirkt haben und daß seit etwa 1900 der Rückgang bei der katholischen Bevölkerung fast ebenso groß ist wie bei der evangelischen. In sehr temperamentvollen Ausführungen behandelt v. Gruber den Geburtenrückgang in einem Vortrag vor dem Verein für öffentliche Gesundheitspflege. Er weist darauf hin, daß der Untergang der Kulturvölker des Altertums auf die gleiche Erscheinung des Geburtenrückganges zurückzuführen ist, wie sie sich jetzt in ihren Anfängen bei uns geltend macht. Mit besonderer Lebhaftigkeit geißelt er die Auswüchse der modernen Frauenemanzipation, wo die Mutterschaft nur mehr als Last empfunden wird, deren man sich auf jede mögliche Weise entledigen sollte. Er stellt einen umfassenden Plan auf zur wirtschaftlichen Sicherstellung der kinderreichen Familien, da nach seiner Überzeugung mit kleinen Mitteln Erfolge nicht zu erwarten sind. Wie wohl die meisten Autoren lehnt Seeberg die sogenannte Wohlstandstheorie ab, nach der steigender Wohlstand mit dem Wachsen der Bedürfnisse gesetzmäßig zu einer Einschränkung der Kinderzahl führt. Nicht die Wohlhabenheit an sich, sondern der Wunsch, wohlhabend zu werden oder zu bleiben, hat die Einschränkung zur Folge. In letzter Linie handelt es sich also um eine Weltanschauungsfrage und die „Rationalisierung des Geschlechtslebens" ist die notwendige Folge des Geistes der modernen Großstadt, des rücksichtslosen „egoistischen Subjektivismus". Nur von einer Gesinnungsänderung des ganzen Volkes ist eine Besserung zu erwarten, wozu die Kirche in erster Linie mitzuwirken berufen ist. Aber auch an die Ärzte appelliert der Verf., deren Händen ethische Werte von größter Bedeutung anvertraut sind. Mit diesen Fragen beschäftigt sich ein größeres Buch des Gynäkologen Hirsch, der allerdings einen Standpunkt vertritt, mit dem sich die meisten Ethiker und viele Ärzte nicht einverstanden erklären werden. Er hält die Ausübung des kriminellen Aborts für ungeheuer verbreitet, auf den etwa 80% aller Frühgeburten zurückzuführen wären. Das einzige Mittel zu seiner Bekämpfung erblickt er in einer ausgiebigen Verwendung der Präventivmittel. Auch tritt er für die Berechtigung der Kastration aus sozialen Gründen ein. Sein Standpunkt erscheint als erklärlich, wenn er die Überzeugung ausspricht: „Enthaltsamkeit als Prohibitivmittel — als durchführbar angenommen — ist das gefährlichste von allen." Schließlich sei noch das Buch von Guttzeit erwähnt, in dem man nach der äußeren Ausstattung, der Zahl der Auflage usw. lediglich ein Produkt für sensationslüsterne Seelen oder noch Schlimmeres vermuten könnte. Damit würde man dem Verf. und seinem Werk doch unrecht tun. Er hat eine bemerkenswerte Menge von historischem, ethnologischem, juristischem und auch medizinischem Material

zusammengetragen. Hier interessiert zunächst nur das letztere und da kann nicht verschwiegen werden, daß vieles von dem, was er bringt, dem Verf. offensichtliche Schwierigkeiten im Verständnis bereitet hat, die er nur zum Teil überwunden hat. Schon aus diesem Grunde bildet das Buch keine durchweg erfreuliche Erscheinung. Wir wollen uns mit dem Verf. nicht in eine Diskussion einlassen, wenn er behauptet (S. 461), daß die „Verfolgung der berufsmäßigen Abtreiberin mit Zuchthaus, bei unvergleichlicher Nachsicht gegen den nach (sehr erweiterungsfähiger) Indikation abtreibenden Mediziner sich oft als ein gemeinschädliches Niederkämpfen der Konkurrenz darstellt". — Ich führe den Satz nur an zur Charakterisierung des Ganzen. Als Materialsammlung mag das Buch gelegentlich Dienste leisten.

H. Vogt.

Inhalt.

Physiologie und allgemeine Pathologie. Brüning. *Entwicklung neugeborener Tiere 1.* — **Behandlung und Pflege. Weinländer.** *Künstliche Atmung 2.* — **Pharmakologie und Toxikologie. Goeppert.** *Kalktherapie 2.* — **Fendler** und **Stüber.** *Jod in Ölen 4.* — **Rohmer.** *Adrenalin-Pituitrin 4.* — **Popper.** *Papaverin 4.* — **Friedberger** und **Mironesch.** *Vakzine 4.* — **Fischl.** *Thymusextrakt 4.* — **Bakteriologie. Tamura.** *Zusammensetzung der Diphtheriebazillen 5.* — **Derselbe.** *Kohlehydratgehalt der Bakterien 5.* — **Busson. Kirschbaum** und **Stanieck.** *Diplokokkus lanceolatus in Pemphigusblasen 5.* — **Seiffert.** *Pockenerreger 5.* — **Serologie und Immunitätslehre. Cowie.** *Serumkrankheit 6.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Sluka** und **Sperk** *6.* — **Lichtenstein.** *Eiweißmilch 7.* — **Weih.** *Trikalkolmilch 7.* — **Moro. Hahn** und **Moro. Hayashi. Kloemann** und **Moro** *8.* — **Freudenberg** und **Schofmann.** *Einfluß der Molke auf das Darmepithel 9.* — **Schelble.** *Ernährungsstörungen 9.* — **Tobler.** *Behandlung des Erbrechens 9.* — **Hilliger.** *Periodisches Erbrechen mit Azetonämie 9.* — **Schelble.** *Enterale Infektion 10.* — **Barbier** und **Cléret.** *Atrophie 10.* — **Carretier.** *Enteritis und Hemiplegie 10.* — **Nicolaysen** *10.* — **Epstein.** *Sommersterblichkeit 11.* — **Milchwissenschaft und Molkereipraxis. Müller** und **Schloß.** *Anpassung der Kuhmilch an Frauenmilch 11.* — **Liwschiz.** *Kaseinfrage 12.* — **Wedemann.** *Schardingerreaktion 12.* — **Stoffwechsel. Benedict** und **Talbot.** *Gasstoffwechsel 13.* — **Schloß** und **Frank.** *Trikalziumphosphat 13.* — **Lawatschek.** *Enterale Resorption von Eiweiß 13.* — **Schirokaner.** *Zuckerstoffwechsel bei Lymphatismus 14.* — **Neugeborene. Benestad.** *Physiologische Abnahme 14.* — **Bondi. Peller. Bondi.** *Gewicht 15.* — **Benestad.** *Ernährung 15.* — **Lövegren.** *Melaena 15.* — **Lutz.** *Allgemeine Wassersucht 16.* — **Konstitution und Diathese. Päßler.** *Diathese und Konstitution 16.* — **Sperk.** *Das schwache Kind 17.* — **Boekhorn.** *Exsudativ-*

lymphatische Diathese 18. — **Freudenberg** und **Kloemann.** *Spasmophilie 18.* — **Rohmer.** *Kalkbehandlung der Spasmophilie 18.* — **Infektionskrankheiten.** *Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten 19.* — **Tobler.** *Behandlung des akuten Infektionszustandes 19.* — **Delyannis** *19.* — **Pollak. Hellström** *20.* — **Henningsson** *21.* — **Braun. Seligmann** *22.* — **Riebold. Dreyfus** und **Schürer.** *Diphtherie 23.* — **Krumwiede, Nicoll** und **Pratt** *23.* — **Bode.** *Scharlach 24.* — **Heß.** *Röteln 24.* — **v. Korzinski. Kling** *24.* — **Kern. Netter** und **Ribadeau-Dumas.** *Poliomyelitis 25.* — **Henningsson.** *Meningitis cerebrospinalis 25.* — **Bittner.** *Typhus 26.* — **Blühdorn. Brenning.** *Paratyphus 27.* — **Schwers.** *Peritonitis 27.* — **Straßberg. Comby** und **Condat.** *Vulvovaginitis 27.* — **Rusca. Popper** *28.* — **Feer.** *Pertussis 29.* — **Heisler.** *Erythema infectiosum 30.* — **Tuberkulose. Kleinschmidt.** *Latente Tuberkulose 30.* — **Möller.** *Kongenitale Tuberkulose 31.* — **Rollet.** *Intrauterine Miliartuberkulose 31.* — **Sluka.** *Spitzentuberkulose 32.* — **Ghon.** *Lymphknotentuberkulose 32.* — **Trèves.** *Knochentuberkulose 32.* — **v. Jagic.** *Orthostatische Albuminurie und Tuberkulose 32.* — **Frölich.** *Tuberkulose in der Volksschule Kristianias 33.* — **Trumpy.** *Blutbild bei Skrofulotuberkulose 33.* — **Krabbel.** *Tuberkelbazillen im Blute 34.* — **de Besche.** *Mixed viruses 34.* — **Luithlen** *34.* — **Sorgo. v. Pirquet.** *Tuberkulinreaktion 35.* — **Egerl.** *Tuberkulinapplikation 35.* — **Kutschera** und **v. Aichbergen.** *Therapeutische Tuberkulineinwirkung 36.* — **Götzl.** *Tuberkulomuzin 36.* — **Philipowicz.** *Röntgentherapie 36.* — **Pohl.** *Chemotherapie der Tuberkulose 37.* — **Leriche. Kisch** und **Grätz.** *Heliotherapie 37.* — **Garré.** *Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose 37.* — **Kahn** und **Seemann. Drachter.** *Friedmannsches Mittel 38.* — **Syphilis. Friedjung.** *Klinische Diagnostik und Theorie 39.* — **Spiecker.** *Lues des Nervensystems 39.* — **Glaser.** *Syphilis haemorrhagica 40.* — **Lesser** und **Klages.** *Wa. R. beim Neugeborenen 40.* — **Galliot.** *Salvarsan 40.* — **Zirkulationsapparat. Marfan.** *Perikardialerguß 41.* — **Respirationsorgane. Kruse.** *Husten und Schnupfen 41.* — **Dunlop. Fouzin.** *Empyem 42.* — **David.** *Diphtherische Lungenentzündung 43.* — **Blut und blutbildende Organe. Cantieri.** *Anaemia splenica 43.* — **Kusunoki.** *Perniziöse Anämie 43.* — **Howell.** *Blut bei Hämophilie, Thrombose und Purpura 44.* — **Lymphatischer Apparat. Tenzer.** *Tonsillektomie 44.* — **Handrik.** *Eitrige Parotitis 45.* — **Innere Sekretion. Josefson.** *Dentition, Haarentwicklung und innere Sekretion 45.* — **Phélip** und **Trèves.** *Thyreoiditis 45.* — **Oswald.** *Endemischer Kretinismus 46.* — **Pfeiffenberger.** *Schilddrüsenstörungen und Kropf 46.* — **Kutschera.** *Kropf und Kretinismus 46.* — **Verdauungstraktus. Moro.** *Rezidivierende Nabelkoliken 47.* — **Walko.** *Spastische Erkrankungen des Verdauungskanals 47.* — **Poulsen.** *Mesenteriale Chyluszysten 47.* — **van den Vrijhoef.** *Hirschsprungsche Krankheit 48.* — **Doberauer.** *Askariden 48.* — **Grimm.** *Taenia saginata 48.* — **Leber und Gallenwege. Idzumi.** *Leberkarzinom 48.* — **Toida.** *Sanduhrförmige Gallenblase 48.* — **Uro-**

genitalsystem. **Motzfeld.** *Angeborene Mißbildung der Nieren 48.* — **Schiff.** *Transitorische Albuminurie 49.* — **Noeggerath** und **Zondek.** *Nierenerkrankung 49.* — **Stiner. Kowitz.** *Pyelozystitis 50.* — **Langstein.** *Pyelitis 20.* — **Walker.** *Harnantiseptika 50.* — **Bewegungsapparat.** **Dumont. Klemm. Dumont** *51.* — **Psychologie und Psychopathologie.** **Pappenheim** und **Groß.** *Neurosen und Psychosen 52.* — **Hirschloff.** *Suggestion und Erziehung 52.* — **Redlich** und **Lazar.** *Kindliche Selbstmörder 52.* — **Eulenburg.** *Kinder- und Jugendselbstmorde 52.* — **Aronson.** *Stottern 52.* — **Gött.** *Psychotherapie 53.* — **Neurologie und Psychiatrie.** **Wilhelm.** *Nervöse Äquivalente 53.* — **Bolten.** *Epilepsie 53.* — **Weinländer.** *Apoplexie nach Lumbalpunktion 53.* — **Stoffwechselkrankheiten.** **Wernstedt.** *Barlowsche Krankheit 54.* — **Ottosson.** *Hämorrhagische Diathese 54.* — **Mamrot.** *Diabetes insipidus 54.* — **Wachstumkrankheiten und Wachstumstörungen.** **Frank** und **Schloß.** *Therapie der Rachitis 55.* — **Aschenheim.** *Rachitis und Spasmophilie 55.* — **Conradi.** *Chondrodystrophie 55.* — **Haut. Rominger.** *Pellidolsalbe 56.* — **Chirurgie.** **Siewczynski.** *Therapie der Larynxstenosen 56.* — **Fischer.** *Thymektomie 56.* — **Bircher.** *Förstersche Operation 56.* — **Schulze.** *Schlattersche Krankheit 57.* — **Derselbe. Köhler.** *Os naviculare pedis 57.* — **Rominger.** *Phimose 57.* — **Schewandin.** *Arthrodese am Sprunggelenk 57.* — **Lorenz.** *Zwerchsackhygrom 58.* — **Orthopädie.** **Engelmann.** *Skoliose 58.* — **Mißbildungen.** **Küttner.** *Turmschädel 58.* — **Vakzination.** **Bittner.** *Mastisol 59.* — **Epstein.** *Blattern und Impfung in Böhmen 59.* — **Hygiene und soziale Medizin.** **Rahts.** *Sterblichkeitsstatistik 59.* — **v. Schrenck.** *Säuglingssterblichkeit in Riga 60.* — **Feer.** *Säuglingssterblichkeit und Geburtenrückgang 60.* — **Berichte.** **Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde** *60.* — **Südwestdeutsche Kinderärzte** *64.* — **Besprechungen.** **Feer.** *Lehrbuch der Kinderheilkunde 74.* — **v. Bunge.** *Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen 74.* — **Liebmann.** *Vorlesungen über Sprachstörungen 74.* — **Anton.** *Psychiatrische Vorträge 74.* — *Arzt und Schule 75.* — **Rothe.** *Sonderelementarklassen 75.* — **Lorand.** *Die menschliche Intelligenz und ihre Steigerung 75.* — *Kalender für heilpädagogische Schulen und Anstalten 75.* — *Schulkinderspeisung 75.* — **Rohleder. Grassl. Forberger. Seeberg. v. Gruber.** *Geburtenrückgang 76.* — **Hirsch. Guttzeit.** *Fruchtabtreibung 76.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin · **Göppert** Göttingen · **Knöpfelmacher** Wien · **Moro** Heidelberg · **Thiemich** Leipzig · **Tobler** Breslau · **Berend** Budapest

Comba Florenz · **Johannessen** Kristiania · **Koplik** New-York · **Marfan** Paris · **Sehkarin** St. Petersburg · **Thomson** Edinburg · **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 20.—.
Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 30.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XIV. Referate. Nr. 2.

Die Arbeiten auf dem Gebiete der Milchwissenschaft und Molkereipraxis im Jahre 1914, I. Semester.

Sammelreferat von **Dr. W. Grimmer,**
Privatdozent an der Tierärztlichen Hochschule zu Dresden.

Cesare d' Alfonso. Richerche sulla quantità di calcio contenuto nel latte di vacca e sulle cause, che lo fanno variare. (Arch. dei Sc. med. Vet. 1913, Nr. 11, 12.)

Wilhelm Arnold. Über Refraktometerangaben und deren Beziehungen zu chemischen Konstanten. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1914, Bd. XXVII, S. 311.)

Hans Aron. Das Salzsäurebindungsvermögen von Frauen- und Kuhmilch. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXXIX, S. 288.)

August Auzinger. Die Alkoholreaktion der Milch. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1914, Nr. 25.)

S. Henri Ayers and **W. T. Johnson jr.** The destruction of bacteria in milk by ultraviolet rays. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II, 1914, Bd. XL, S. 109.)

L. Bahr. (1). Einige Milchuntersuchungen mit besonderer Berücksichtigung des Wertes der Rosolsäurealkoholprobe, I. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhyg., 1914, Bd. XXIV, S. 228, 251.)

— (2). Einige Milchuntersuchungen mit besonderer Berücksichtigung des Wertes der Rosolsäureprobe, II. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhyg., 1914, Bd. XXIV, S. 370.)

— (3). Einige Milchuntersuchungen mit besonderer Berücksichtigung des Wertes der Rosolsäurealkoholprobe, III. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhyg., 1914, Bd. XXIV, S. 398, 472.)

Hans Bahrdt, Bamberg, Edelstein, Hornemann. Ernährungsversuche mit Friedenthalscher Milch. (Zeitschr. Kinderheilk., 1914, Bd. X, 303.)

Hans Bahrdt und **Stafford Mc Lean.** Über die flüchtigen Fettsäuren im Darm gesunder und magendarmkranker Säuglinge und ihre Beziehungen zu den Stoffwechselstörungen. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 143.)

J. Basten. Beiträge zur Methodik der Untersuchung der Bakterienflora des Säuglingsstuhles und zur Kenntnis seiner wichtigsten Bakterientypen. (Zeitschr. f. Hyg. und Infektionskrankheiten, 1914, Bd. LXXVII, S. 282.)

C. Beck. Kaseinkalziummilch bei Ernährungsstörungen der Säuglinge. (Med. Klinik, 1914, S. 149.)

H. Beer. (Chem. Weekblad, 1914, Bd. XI, S. 550.)

A. Behre. Über die Forderung einer Mindestfettgrenze für Vollmilch. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel.) 1914, Bd. XXVII, S. 563.)

Erich Benjamin. Der Eiweißschaden des Säuglings. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 185.)

H. Bertin-Sans und **M. Gaujoux.** Les réductases du lait de vache, leur signification au point de vue de la valeur hygiénique du lait. (Revue d'hygiène, 1914, Bd. XXXVI, S. 258.)

W. W. O. Beveridge. An investigation into the keeping properties of condensed milks at the temperatur of tropical climates. (Journ. of ther. army med. corps, 1914, Bd. XXII, S. 1.)

Wilhelm Binder. Einige Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. F. Hering: Biorisation und Enzymamilch. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhyg., 1913, Bd. XXIV, S. 121.)

G. Biro. Beiträge zur Zusammensetzung der Schafmilch. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1914, Bd. XXVII, S. 397.)

E. Blanck. (1). Die Milcheiweißstoffe als Stickstoffdünger. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 281.)

— (2). Zur Methodik vergleichender Fettbestimmungen im Rahm mit besonderer Berücksichtigung des Sichlerschen Alkohol-Sinazidverfahrens. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 316.)

W. R. Bloor. A method for the determination of fat in milk. (Journ. of the Amer. Chem. Soc., 1914, Bd. XXXVI, S. 1300.)

Alfred W. Bosworth und **Lucius L. van Slyke.** Why sodium citrate prevents curdling of milk by rennin. (Americ. Journ. of diseases of children, 1914, Bd. VII, S. 298.)

P. Bonin et **P. Ancel.** Sur le rôle du corps jaune dans le determinisme experimental de la secretion mammaire. (Compt. rend. Soc. biol., 1914, Bd. LXXVI, S. 150.)

H. J. Bowditch und **A. W. Bosworth.** Rules for calculating the approximative composition of milk from the specific gravity and percentage of fat as determined by the Babcock method. (Americ. journ. of diseases of children, 1914, Bd. VII, S. 244.)

John T. Bowen. The cost of pasteurizing milk and cream. (Bull. of the M. S. Dep. of Agr., 1914, Nr. 85.)

Braun. Agalaktie bei einem Mutterschwein. (Münchener tierärztl. Wochenschr., 1913, Bd. LVII, Nr. 11.)

Robert S. Breed. The sanitary signifiance of body cells in milk. (Journ. of infectious diseases, 1914, Bd. XIV, S. 93.)

Theodor Brinkmann. Die Stellung des Abmelkbetriebes in der neuzeitlichen Landwirtschaft. (Fühlings landwirtschaftl. Zeitung, 1914, Bd. LXIII, S. 433.)

A. Briot. Comparaison des divers modes d'immunisation pour la production de l'antiprésure. (Compt. rend. Soc. biol., 1914, Bd. LXXVI, S. 153.)

Viktor Brudny. Die Untersuchung des Sedimentes der Leukozytenprobe nebst Beschreibung neuer Leukozytenröhrchen. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 179.)

A. Burr und **H. Weise.** (1). Über den Gehalt frischen Butterfettes an freien Fettsäuren und flüchtigen Fettsäuren. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1914, Nr. 16.)

— (2). Untersuchung homogenisierter Milchflüssigkeiten. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1914, Nr. 20, 21.)

E. Christeller. Zur Variabilität des Bacillus bulgaricus. (Zeitschr. f. Hyg. und Infektionskrankheiten, 1914, Bd. LXXVII, S. 45.)

Sidney William Cole. The estimation of lactose and glucose by the copperjodide methode. (Biochem. journ., 1914, Bd. VIII, S. 134.)

J. Mc Crae. (Analyst, 1914, Bd. XXXIX, S. 212.)

A. Devarda. Welchen Wert hat die Alizarolprobe für die Untersuchung der Milch zum Zwecke der Marktkontrolle?(Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 154.)

R. Dons. Zur Beurteilung der Reduktase- (Gärreduktase-) Probe. (Zentralbl. f. Bakteriol. II, 1914, Bd. XL, S. 132.)

M. Durandard. La présure du Rhizopus nigricans. (Compt. rend., 1914, Bd. CLVIII, S. 270.)

E. Edie. On the resistence of trypsin to heat. (Biochem. journ., 1914, Bd. VIII, S. 84.)

Elchloff. Prüfung einer Melkmaschine Omega. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 313.)

Leopold Engelhardt. Ein neues Milchverkaufssystem. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhyg., 1914, S. 428. Bd. XXIV,)

Alfred Erlbeck. Die gemeinnützige Milchausschankbewegung im Königreich Sachsen. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 26.) (Keine erkennbaren Fortschritte.)

Gustav Fingerling. Futtereinheit und Stärkewert. Eine Erwiderung an Nils Hansson. (Fühlings landwirtschaftl. Zeitung, 1914, Bd. LXIII, S. 185.)

Gaetano Finielo. Il latte in polvere nell' alimentazione dei lattanti. (Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 495.)

A. Fischer. Kuhmilch und vegetabile Milch und ihre Untersch in der Magenverdauung, besonders mit Rücksicht auf das Problem de Kuhmilchintoleranz. (Arch. f. Verdauungskrankh.,1914, Bd. XX, S. 13.)

W. Fleischmann. Die Beziehungen zwischen dem spezifischen Gewicht und dem prozentischen Gehalt an Fett und Trockenmasse der Kuhmilch. (Journ. f. Landwirtschaft, 1914, Bd. LXII, S. 159.)

Otto Folin. On the determination of creatinine and creatine in blood, milk and tissues. (Journ. of biol. chem., 1914, Bd. XVII, S. 475.)

W. W. Ford und **J. C. Pryor.** Observations on the pasteurisation of milk. (Transactions of the assoc. of amer. physicians, 1913, Bd. XXVIII S. 40.)

Itzko Freid. Über den Unterschied von Kasein und Parakasein. (Diss., Breslau, 1914.)

Kurt Friedel und **Arthur Keller.** Deutsche Milchwirtschaft in Wort und Bild. (Verlag von Carl Marhold, Halle.)

E. Fritzmann. Über die Bedeutung des Vorkommens von Nitraten in der Milch und über den Nachweis derselben. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1914, Nr. 35.)

Casimir Funk und **James Walter Mc Leod.** The formation of a peptone from caseinogen by the prolonged action of dilute hydrochloric acid in the cold. (Biochem. journ., 1914, Bd. VIII, S. 107.)

Louis Gaucher. (1). Adaption du suc gastrique à la coagulation et à la digestion du lait chez les nourrissons. (Compt. rend. Soc. biol., 1914, Bd. LXXVI, S. 389.)

— (2). Recherches sur la digestibilité du lait et les moyens de l'augmenter. (Bull. gén. Thér., 1914, Bd. CLXVII, S. 371.)

A. Geake. Caseinogen and casein. (Biochem. journ., 1914, Bd. VIII, S. 30.)

Georgs und **Lindemann.** Milchproduktion und Milchverwertung in Schleswig-Holstein. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 243.)

G. de Gironcourt. (Compt. rend., 1914, Bd. CLVIII, S. 730.)

S. Guerrera. (Il. mod. zooiatro, 1914, S. 455.)

E. Gutzeit. Die Bedeutung des Gehaltes an niedermolekularen Fettsäureglyzeriden im Milchfett verschiedener Tiere. (Kühn-Arch., 1914, Bd. V, S. 127.)

Nils Hansson. Futtereinheiten und Stärkewert. Eine neue Methode zur Berechnung des Produktionswertes der Futtermittel bei der Fütterung von Milchkühen. (Fühlings landwirtschaftl. Zeitung. 1914, Bd. LXIII, S. 41.)

Arthur Harden und **Archibald Bruce Macallum.** On the action of coagulating encymes on caseinogen. (Biochem. journ., 1914, Bd. VIII. S. 90.)

Z. Hatta. Eine Modifikation der Pavy-Kumagava-Sutoschen Methode zur Bestimmung kleiner Zuckermengen, nebst Enteiweißungsverfahren und Zuckerbestimmung in Blut und Milch. (Mitt. der Med. Gesellsch., Tokio, 1914, Bd. XXVIII, H. 11.)

A. Hermes. Die Entwicklung und Bedeutung der argentinischen Rinderzucht. (Aus dem Berichte über Landwirtschaft, herausgegeben vom Reichsamte des Innern, H. 29: Zur Kenntnis der argentinischen Landwirtschaft, 1913.) (Kurze historische Schilderung.)

Herramhof. (1). Dr. Herramhofs Fettprüfer (D. R. G. M. 589828), ein Apparat für die Praxis zur Fettbestimmung in Käse, Trockenmilch, Rahm usw. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1914, Nr. 36.)

— (2). Die Prüfung der Milch auf Verfälschung und die Wichtigkeit der Bestimmung des spezifischen Gewichtes im Serum zum Nachweis der Milchverfälschung durch Wässerung. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1914, Nr. 7.)

J. Herzig und **R. Landsteiner.** Über die Methylierung von Eiweißstoffen. (Biochem. Zeitschr., 1914, Bd. LXI, S. 458.)

R. L. Hill und **Sutherland Simpson.** (1). The effect of pituitary extract on milk secretion in the goat. (Quarterly journ. of exper. Physiol., 1914, Bd. VIII, S. 103.)

R. L. Hill und **Sutherland Simpson.** (2). The effect of pituitary extract on the secretion of milk in the cow. (Proc. of the soc. for exper. Biol., New York, 1914, Bd. XI, S. 82.)

E. J. Huenekens. Die Azidität des Mageninhaltes im Säuglings- und Kindesalter bei milch- und fleischhaltiger Probenahrung. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 297.)

Lilias Charlotte Jackson und **Arthur Cecil Hamel Rothera.** Milk, its milk sugar, conductivity and depression of freezing point. (Biochem. journ., 1914, Bd. VIII, S. 1.)

Adolf Jacobsen. Die Milchkontrolle der Stadt Kristiania. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhyg., 1914, Bd. XXIV, S. 512, 529.)

Edwin O. Jordan. The municipal regulation of milk-supply. (Journ. of the Amer. med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 2286.)

Hans Kern und **Erich Müller.** Über eine vereinfachte Herstellung der Eiweißmilch. (Berliner klin. Wochenschr., 1913, S. 2237.)

Klunker. Über biorisierte Milch. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1914, Nr. 33 und 34.)

Knox jr., J. H. Mason und **Martha Tracy.** A contribution of our knowledge of the excretion of phosphates in infancy. (Americ. journ. of diseases of children, 1914, Bd. VII, S. 409.)

H. Koch. Über die Verwertbarkeit der Glyzyltryptophanprobe für die Diagnose normaler und pathologischer Körperflüssigkeiten. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 1.)

C. J. Koning und **W. C. Mooij.** (Chem. Weekblad, 1914, Bd. XI, S. 518.)

W. D. Kooper. (1). Die Bestimmung der Viskosität der Milch als Mittel zwecks Feststellung eines stattgehabten Wasserzusatzes. Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLIII, S. 169, 201.)

— (2). Die Titration der Milch mit Alkohol verschiedener Konzentration. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1914, Nr. 38.)

Hugo Kühl. Die Borsäure als Milchkonservierungsmittel und ihr Nachweis. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhyg., 1914, Bd. XXIV, S. 329.)

Alois Kreidl und **Emil Lenk.** Der Einfluß des Fettgehaltes der Milch auf ihre Labungsgeschwindigkeit. (Biochem. Zeitschr., 1914, Bd. LXIII, S. 151.)

P. Lavialle. Action de la chaleur sur la saccharose en solution dans le lait de vache. (Clin. inf., 1914, Bd. XII, S. 167.)

O. Laxa. Über die Bedeutung der Wiesen und Weiden für die Milchwirtschaft. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 145.)

Richard Lederer. Die Bedeutung des Wassers für Konstitution und Ernährung. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 365.)

Jerome S. Leopold. Experiences with whey modified milk in infant feeding. (Arch. of ped., 1914, Bd. XXXI, S. 20.)

Lewis. The cell content of milk. (Americ. journ. of diseases of children. Okt. 1913.)

L. Liperovsky. Über das elastische Gewebe der menschlichen Milchdrüse. (Anat. Anzeiger, 1914, Bd. XLV, S. 504.)

S. Liwschütz. Biologische Untersuchungen zur Kaseinfrage. 1. Kasein oder Parakasein. 2. Nachweis von Kasein in den Fäzes gedeihender Kinder. (Diss., München, 1913.)

W. R. Logan. The intestinal flora of infants and young children. (Journ. of pathol. and bact., 1914, Bd. XVIII, S. 527.)

F. Löhnis. (1). Untersuchungen über den Keimgehalt der in Leipzig im Handel befindlichen Milchsorten. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 9.)

— (2). Über das Biorisatorverfahren und die Leipziger Enzymamilch. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 233.) (Polemik gegen Meurer.)

— (3). Untersuchungen über das vorzeitige Gerinnen der Milch an Gewittertagen. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1914, Nr. 41.)

— (4). Die Titration der Milch mit Alkohol von verschiedener Konzentration. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1914, Nr. 9.)

H. Lührig. Weitere Beiträge zur Beurteilung der Milch auf Grund der Lichtbrechung des Chlorkalziumserums. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1914, Nr. 39.)

A. B. Marfan und **L. Lagane.** La peroxydase du lait de femme. (Compt. rend. Soc. biol., 1914, Bd. LXXVI. S. 564.)

P. Mazé und **Auguste Pettit.** Sur l'alimentation lactée du lapin. (Compt. rend. Soc. biol., 1914, Bd. LXXVI. S. 653.)

G. Meillère. Analyse du lait. (Journ. Pharm. Chim., 1914, Bd. IX, S. 597.)

C. Meinert, Vollrath Thiele, Walter Schöne, A. Oeser und **Wilhelm Arnoldi.** Die Milchversorgung norddeutscher Städte und Industriegebiete. (Duncker & Humblot, Leipzig und München, 1914, Preis 14 Mark.)

R. Meurer. Über das Biorisatorverfahren und die Leipziger Enzymamilch. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 216, 234.) (Polemik gegen Löhnis.)

A. Ph. Mitchel. Report on tuberculous milk in Edinburgh. (Brit. med. journ., 1914, S. 71.)

Enrico Modigliani. Esperience cliniche sul latte albuminoso di Finkelstein e Meyer. (Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 405.)

W. Morres. (1). Alkoholprobe und Alizarolprobe. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 208.)

— (2). Einheitliche Säuregrade für die Milchprüfung! (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 229.)

Müller. Entwicklung und Stand der Milchleistungsprüfung bei Ziegen. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 238.)

Albert Niemann. Über die Möglichkeit einer Fettanreicherung der Säuglingsnahrung. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXXIX, S. 274.)

Else Nockmann. Der Mangangehalt der Milchsalze, ein Kriterium für den Nachweis eines Wasserzusatzes zur Milch. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1914, Nr. 23.)

Thomas B. Osborne und **Lafayette B. Mendel.** The influence of butter-fat on growth. (Journ. of biol. chem., 1913, Bd. XVI, S. 423.)

Stanislaus Ostrowski. Die Bedeutung der Larosanmilch als diätetisches Heilmittel bei Säuglingen. (Arch. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXII, S. 181.)

A. V. Oven. Alte und neue Methoden zur Bestimmung des Fettes in der Milch. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 285, 350.)

Leroy S. Palmer und **C. H. Eckles.** Carotin — the principal natural yellow pigment of milk fat. Its relations to plant carotin and the carotin of the body fat, corpus luteum and blood serum.

— (1). I. The chemical and physiological relation of the pigments of milk fat to the carotin and xanthophylls of green plants. (Journ. of biol. Chem., 1914) Bd. XVII, S. 191.,)

— (2). V. The pigments of human milk fat. (Journ. of biol. Chem., 1914, Bd. XVII, S. 245.)

Leroy S. Palmer und **Leslie H. Cooledge.** Lactochrome — the yellow pigment of milk whey: its probable identity with urochrome, the specific yellow pigment of normal urine. (Journ. of biol. Chem., 1914, Bd. XVII, S. 251.)

Simeon Paraschtschuk. Geringe Dauerhaftigkeit der Milch bei Fütterung mit Kartoffelschlempe und Turnips. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 33.)

Patein et **Deval.** Variations du lait de femme selon son âge après l'accouchement. (Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 20.)

J. Peiser. Über Fettaustausch in der Säuglingsernährung. (Berliner klin. Wochenschr., 1914, S. 1165.)

M. E. Pennington, J. S. Hepburn, E. Ch. St. John, E. Witmer, M. O. Stafford und **J. J. Burrel.** Bacterical and encymic changes in milk and cream at 0° C. (Journ. of biol. Chem., 1913, Bd. XVI, S. 331.)

Pfyl und **Turnau.** Maßanalytische Bestimmung des Kaseins in der Milch mittels des Tetraserums. (Arb. a. d. kaiserl. Gesundsheitsamte, 1914, Bd. XLVII, S. 347.)

B. P. B. Plantenga und **J. D. Filippo.** (Maandschr. v. Verlosk. Vrouwenz. en Kindergeneesk., 1914, Bd. III, S. 190.)

Vald. Poulsen. Über Rohmilchgerinnsel im Säuglingsstuhl. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXXIX, S. 77.)

E. Pozerski. (1). De la coagulation lente du lait en présance du chloroforme. (Compt. rend. soc. biol.,1914, Bd. 76, S. 646.)

— (2). Rapports entre autocoagulation chloroformique du lait et sa richesse en leucocytes. (Ebenda, S. 701.)

— (3). Autocoagulation chloroformique des laits recueillis à differents moments de la traite. (Ebenda, S. 812.)

Erik Pritchard. (1). The establishment of lactation. (Americ. med., 1914, Bd. XX, S. 327.) (Nichts Neues.)

Erik Pritchard. (2). Dried milk id infant feeding. (Pedatrics, 1914. Bd. XXVI, S. 300.)

St. Progulski. Über die konservierte Frauenmilch und ihre Anwendung. (Tyg. lek., 1914, Nr. 5/6.)

H. Droop Richmond. (Analyst, 1914, Bd. IXL, S. 243.)

L. A. Rogers und **Arnold O. Dahlberg.** (Journ. of agric. Research, 1914, Bd. I, S. 491.)

R. Rosemann. Über den Einfluß des Ammonsulfats auf die spezifische Drehung des Milchzuckers. (Zeitschr. f. physiol. Chem., 1914, Bd. IXL, S. 133.)

Samuel Barnett Schryver. A note on the production of casein from caseinogen. (Biochem. journ., 1914, Bd. VIII, S. 152.) (Polemik gegen Harden und Macallum.)

Sherman, H. de Witt und **Harry R. Lohnes.** Practical study of goats milk in infant feeding as compared to cows milk. (Journ. of the Americ. med. assoc., 1914, Bd. LXII, S. 1806.)

Erich Sluka und **Bernhard Sperk.** Über die Erfolge der Eiweißmilchernährung im Hause und im Spital. (Wiener klin. Wochonschr., 1914, S. 833.)

Donald D. van Slyke. The hexone bases of casein. (Journ. of biol. Chem., 1914, Bd. XVI, S. 531.)

Donald D. van Slyke und **Frederick J. Birchard.** The nature of the free amino groups in proteins. (Journ. of biol. Chem., 1914, Bd. XVI, S. 539.)

Lucius L. van Slyke und **Orrin B. Winter.** Preparation, composition and properties of caseinates of magnesium. (Journ. of biol. Chem., 1914, Bd. XVII, S. 287.)

O. von Sobbe. Die Berechnung des spezifischen Gewichtes der Milch. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1914, Nr. 32.)

Ad. Stetter. Über die Zusammensetzung der Ziegenmilch, nebst einem Anhange. Über die Beziehung der Trockensubstanz von Ziegen- und Kuhmilch nach verschiedenen Formeln. (Landwirtschaftl. Jahrb., 1913, Bd. LV, S. 161.)

Beatrice A. Stevenson. Reports of experiments to test the toxicity of mothers milk after administration of acetanilide. (Journ. of the Michigan State med. Soc., 1914, Bd. XIII, S. 230.)

A. Storch. Beiträge zur Kenntnis der Zusammensetzung der Ziegenmilch. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhyg., 1914, Bd. XXIV, S. 269, 298.)

K. Teichert. Die Fettbestimmung in Milchpulver. (Allgäuer Monatsschr. f. Milchwirtschaft und Viehzucht, 1914, S. 13.)

Lauri Terhola. Über Blutveränderungen während der Geburt, Laktationsperiode und der ersten Menses post partum. (Arch. f. Gynäk., 1914, Bd. 103, S. 115.)

J. Thöni. Untersuchungen über die hygienisch-bakteriologische Beschaffenheit der Berner Marktmilch mit Berücksichtigung des Vorkommens von Tuberkelbazillen. (Mitt. a. d. Gebiete der Lebensmitteluntersuchung und Hygiene, veröffentlicht vom Schweizer Gesundheitsamt, 1914, Bd. V, S. 9.)

J. Tillmans, A. Splittgerber und **H. Riffart.** (1). Über Bestimmung und Bedeutung des Ammoniakgehaltes der Milch. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel. 1914, Bd. XXVII, S. 59.)

— (2). Über die Konservierung von Milchproben zu Untersuchungszwecken. (Zeitschr. f. Nahrungs- und Genußmittel, 1914, Bd. XXVII, S. 893.)

Beth af Ugglas. Über Eiweißfällung durch Eiweiß. (Biochem. Zeitschr., 1914, Bd. LXI, S. 469.)

Chr. Ulrich. Biorisatorverfahren nach Dr. Lobeck zur Herstellung einer einwandfreien Trinkmilch. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 267.)

Utz. Über Trockenmilch mit besonderer Berücksichtigung der Bestimmung des Fettgehaltes. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 113.)

G. Variot und **Lorenz Monod.** Observations sur la valeur nutritive du lait cru et sur l'influence du sucre pour l'utilisation physiologique du lait cru par le nourrison. (Ann. de med. et chir. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 144; Bull. soc. ped. de Paris, 1914, Bd. XVI, S. 98.)

W. O. Walker. (Journ. of ind. and engin. chem., 1914, Bd. VI, S. 131.)

W. Wedemann. Über die Schardingersche Formaldehydmethylenblaureaktion und einige andere Fermentreaktionen bei Ziegenmilch. (Biochem. Zeitschr., 1914, Bd. LX, S. 330.)

W. Wegener. Zur Frage der Ernährung kranker Säuglinge mit Larosanmilch. (Münchener med. Wochenschr., 1914, S. 359.)

H. Weigmann. Versuche mit dem Biorisator. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1914, Nr. 46, 47.)

Weih. Erfahrungen mit Trikalkolmilch beim kranken Säugling. (Münchener med. Wochenschr., 1914, S. 1682.)

Paul Werner und **Emil Kollsch.** Vergleichende Untersuchungen über die Giftigkeit von Harn, Serum und Milch (Kolostrum) während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes mit besonderer Berücksichtigung der Eklampsie. (Arch. f. Gynäk., 1914, Bd. CIII, S. 222.)

Georg Wiegner. Über die Abhängigkeit der Zusammensetzung der Kuhmilch vom Dispersitätsgrade ihrer einzelnen Bestandteile. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1914, Bd. XIV, S. 425.)

Heinrich Wieland. Über den Mechanismus der Oxydationsvorgänge III. (Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, 1914, Bd. XLVII, S. 2085.)

Richard Windisch. Beiträge zur Refraktometrie des Milchserums nach Ackermann. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1914, Bd. XXVII, S. 466.)

Gertrud Woker. Ein Beitrag zur Theorie der Oxydationsfermente. Über „Peroxydase" und „Katalase". Reaktionen des Formaldehyds und Azetaldehyds. (Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, 1914, Bd. XLVII, S. 1024.)

Oskar Wolfsberg. Über die Einwirkung einer Reihe von Nahrungsmitteln auf die Sekretion der Verdauungsdrüsen. (Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1914, Bd. XCI, S. 344.)

Franz Zaribnitzky. Über den Einfluß von Krankheiten der Rinder auf die Milch. (Arch. f. wissenschaftl. und prakt. Tierheilk., 1914, Bd. XL, S. 355.)

F. Zuckmayer. Über die Frauenmilch der ersten Laktationszeit und den Einfluß einer Kalk- und Phosphorsäurezulage auf ihre Zusammensetzung. (Pflügers Arch., 1914, Bd. CLVIII, S. 209.)

Allgemeines.

Patein und Deval untersuchten die Veränderungen der Frauenmilch im Verlaufe der Laktationsperiode. Der Kaseingehalt wurde in den ersten Tagen post partum sehr hoch befunden (zirka 1·8%), dann nimmt er regelmäßig ab, um gegen Ende des ersten Monates den Normalwert von 0·8 bis 1·0% zu erreichen. Bei Milchstauungen kann der Kaseingehalt wieder vorübergehend ansteigen. Der Fett- und Milchzuckergehalt sind anfangs relativ niedrig und steigen im Verlaufe der ersten Wochen bis zur Norm an.

Plantenga und Filippo untersuchten den Einfluß der Menstruation auf die Zusammensetzung der Frauenmilch, speziell auf ihren Gehalt an Zucker und Chlor. Es zeigte sich hierbei, daß der Zuckergehalt gegenüber der Norm erniedrigt, der Chlorgehalt erhöht war. Auf diese Veränderungen wollen Plantenga und Filippo die Unbekömmlichkeit solcher Milch zurückführen.

Droop Richmond gibt für die Zusammensetzung der von ihm im Jahre 1913 untersuchten 19.807 Milchproben folgende Mittelzahlen an: Spezifisches Gewicht 1·0317, Fett 3·67%, Trockenmasse 12·48%. Je eine Probe Ziegenmilch und Frauenmilch hatten folgende Zusammensetzung:

	Spez. Gewicht	Trocken-substanz	Fett	Zucker	Eiweiß	Asche
	in Prozenten					
Ziegenmilch .	1·0337	12·66	3·42	4·71	3·66	0·77
Frauenmilch .	1·0279	8·28	0·97	5·80	1·12	0·39

Mac Crae berichtet über die Milch von gesunden ostfriesischen Kühen, deren Serum ($CuSO_4$-Serum) die ungewöhnlich niedrige Refraktometerzahl von 34·8 beziehungsweise 34·4 aufwies. Die Milchproben besaßen eine sehr niedrige fettfreie Trockensubstanz von 7·04 beziehungsweise 7·50%.

Wiegner resümiert zunächst die Ergebnisse seiner physikalisch-chemischen Untersuchungen über die Zusammensetzung der Milch, deren Inhalt folgender ist: In der Kuhmilch treten die Einzelbestandteile der Trockenmasse um so konstanter in ihrer Menge auf und sind um so weniger täglichen Schwankungen unterworfen, je weitgehender und damit gleichmäßiger ihre Zerteilung ist. Anschließend hieran zeigt er an der Hand der Untersuchungen zahlreicher Autoren, daß dieser Schluß den Tatsachen entspricht, wenn natürlich auch geringe Abweichungen von dieser Regel sich stets bemerkbar machen werden. Für die analytische Praxis ist diese Feststellung von großer Wichtigkeit, sie bedient sich ja auch schon seit langem in ausgedehnter Weise des Serums als des am konstantesten zusammengesetzten Bestandteiles der Milch zu ihrer Beurteilung, wichtig ist sie ferner für die Bestrebungen des Züchters, eine möglichst fettreiche Milch zu gewinnen, da eben das Fett als die am gröbsten disperse Substanz in viel höherem Maße Schwankungen unterworfen sein kann als die übrigen Milchbestandteile, die einen relativ geringen materiellen Wert repräsentieren.

Stetter berichtet über Ziegenmilchuntersuchungen, die in systematischer Weise für Ziegenzuchtvereine durchgeführt wurden. Aus der großen Zahl der Untersuchungen seien hier nur die Durchschnittswerte wiedergegeben. Spezifisches Gewicht 1·0315%, Fett 3·99%, Trockensubstanz 12·62%, fettfreie Trockensubstanz 8·63%, Asche 0·81%. Zu Beginn der Laktation ist der Gehalt der Ziegenmilch an Fett und Trockensubstanz am niedrigsten und nimmt allmählich zu. Vergleichende Versuche über die direkt bestimmte und nach verschiedenen Formeln berechnete Trockensubstanz ergaben, daß im großen ganzen zwar eine genügende Übereinstimmung erzielt wurde, daß zum Teil aber auch Differenzen bis über 1% beobachtet wurden. Die für Kuhmilch aufgestellten Formeln sind also nicht ohne weiteres auf Ziegenmilch übertragbar und besitzen daher bei dieser nur einen orientierenden Wert.

Storch untersuchte die Milch von 48 Ziegen, von denen mehrere längere Zeit hindurch beobachtet wurden. Im Durchschnitt aller

Untersuchungen wurden folgende Werte erhalten: s = 1·0291, f = 2·87%, t = 10·99%. Die Unterschiede zwischen Morgen- und Abendmilch beschränken sich in der Hauptsache auf den Fettgehalt: Differenzen von 0·0 bis 2·9%, die fettfreie Trockensubstanz zeigte Abweichungen bis 0·62%. Menge und Gehalt der Milch standen bei den verschiedenen Tieren in keinem Verhältnisse zueinander. Für verschiedene Rassen ließen sich keine besonderen Unterschiede erkennen, wie folgende Zusammenstellung zeigt:

	Spez. Gewicht	Fett in Proz.	Fettfreie Trocken-substanz
Saanenziegen	1·0290	2·7	8·052
Landziegen	1·0287	2·9	8·013
Saanenkreuzungen	1·0297	2·9	8·263

Der Fettgehalt wird durch das Fortschreiten der Laktation nicht in bestimmter Weise beeinflußt, sondern schwankt unregelmäßig auf und ab. Der Gehalt an fettfreier Trockensubstanz nimmt gegen Ende der Laktation zu. In den ersten 10 Tagen nach dem Lammen ist der Gehalt an Fett und fettfreier Trockensubstanz in der Mehrzahl der Fälle erhöht. Kolostrumkörperchen enthielt die Milch nur ganz kurz nach der Geburt und gegen Ende der Laktation. Den Kolostralcharakter verlor die Milch spätestens 12 Stunden nach der Geburt.

Biro untersuchte 262 Schafmilchproben des Kecskemeter Marktes und fand folgende Zusammensetzung:

	Minimum	Maximum	Mittel
Spez. Gewicht der Milch . . .	1·0326	1·0406	1·0361
Spez. Gewicht des Serums . . .	1·0302	1·0355	1·0330
Spez. Gewicht der Trockensubst.	1·1597	1·2649	1·2210
Trockensubstanz %	17·09	22·98	19·70
Fett %	5·65	10·45	7·87
Fettfreie Trockensubstanz . .	9·48	13·82	11·85
Asche %	0·68	0·88	0·75

Eiweißkörper.

Geake unterzog reines Kasein Kahlbaum (nach Hammarsten) und daraus durch Labwirkung hergestelltes Parakasein einer Elementaranalyse. Die gefundenen Werte sind folgende:

	C	H	N nach		S	P
			Dumas	Kjeldahl		
	in Prozenten					
Kasein . . .	53·20	7·09	15·63	15·61	1·015	0·731
Parakasein .	53·05	7·03	15·81	15·62	1·009	0·809

Der Gesamtstickstoff verteilte sich in folgender Weise auf nachstehende Gruppen:

	NH_3	Melanin-N	Diamino-N	Monoamino-N
	in Prozenten			
Kasein	10·23	1·53	22·94	65·31
Parakasein	10·31	1·66	24·63	63·90

Freid stellte ebenfalls Elementaranalysen von Kasein und Parakasein an. Er fand folgende Werte:

	C	H	N	S	P
	in Prozenten				
Kasein	52·7	7·8	16·2	0·84	0·87
Parakasein	53·7	8·03	15·3	0·81	0·86

Darüber, daß Freid einen gegenüber den bisherigen Analysenresultaten anderer Autoren viel höheren Stickstoffgehalt für Kasein

findet, verliert er kein Wort. Aus seinem Werte berechnet sich ein Multiplikationsfaktor von 6·17 gegen 6·39 nach den Zahlen von Hammarsten und Tangl (15·65%). Er begnügt sich unter Berufung auf seine und die Resultate anderer Autoren mit dem Schlusse, daß Parakasein reicher an Kohlenstoff und ärmer an Stickstoff ist als Kasein.

Weiter fand er, daß die beiden Eiweißkörper in Wasser und in konzentrierter Kochsalzlösung praktisch unlöslich sind, auch hinsichtlich des Säure- und Basenbindungsvermögens wurden keine Unterschiede gefunden. Wohl aber ergaben sich größere Unterschiede in der Fällbarkeit der Lösungen durch Neutralsalze, Parakaseinsalze waren immer leichter fällbar als die Kaseinsalze. Weiterhin besaßen Parakaseinlösungen eine geringere Viskosität als Kaseinlösungen, diese Befunde bilden nur eine Bestätigung der Resultate von Lagueur und Sackur, neue Momente ergaben sie nicht.

Pfyl und Turnau bestimmten den Stickstoffgehalt des Kaseins bloß zu 15·51% und berechnen daraus einen Multiplikationsfaktor von 6·45. Das Äquivalentgewicht des Kaseins wurde zu 1143 berechnet (1 g Kasein braucht 8·75 cm^3 $\frac{n}{10}$-Lauge zur Neutralisation).

van Slyke und Birchard fanden in verschiedenen von ihnen untersuchten Eiweißkörpern, darunter Kasein, daß ihr freier Aminostickstoff genau der Hälfte des Lysinstickstoffes entspricht. Der Umstand, daß zur Desaminierung ebensoviel Zeit (30 Minuten) erforderlich ist wie zur Entfernung der ω-Aminogruppe des Lysins, spricht dafür, daß diese in den Eiweißmolekülen in freiem Zustand existiert.

van Slyke bestimmte den Hexonbasengehalt des Kaseins sowohl nach Kossel wie auch nach seiner Methode und fand folgende Werte:

	Kosselsche Methode		van Slykesche Methode
	I	II	
Histidin	4·16	1·51	6·21
Arginin	7·51	7·83	7·41
Lysin	8·70	9·36	10·30

Durch Auflösung von reinem Kasein in Magnesiumhydroxyd, in dem MgO fein verteilt ist, kann man nach van Slyke und Winter 4 Magnesiumsalze erhalten.

1. Basisches Magnesiumkaseinat mit 1·06% Mg, 1 g Kasein enthält $8·72.10^{-4}$ Grammäquivalente Magnesium (theoretisch $9·10^{-4}$), das Kasein erweist sich hier als 8wertig. Die Verbindung ist in Wasser löslich und reagiert gegen Phenolphthalein neutral.

2. Neutrales Magnesiumkaseinat, neutral gegen Lackmus, hat 0·71% Mg, 1 g Kasein enthält $5{\cdot}84.10^{-4}$ Grammäquivalente Mg (theoretisch $5{\cdot}625.10^{-4}$), das Kasein ist hier 5basisch.

3. Dimagnesiumkaseinat mit 0·24% Mg, entsprechend $2{\cdot}14.10^{-4}$ Grammäquivalenten Mg (theoretisch 2·25).

4. Monomagnesiumkaseinat mit 0·13% Mg entsprechend $1{\cdot}125.10^{-4}$ Grammäquivalenten, unlöslich in Wasser.

Durch 3monatige Digestion von Kasein mit 1%iger Salzsäure konnten Funk und Mac Leod ein Pepton erhalten, das 13·91% N enthielt, davon 2·33% Amino-N. Tyrosin war darin nur spurenweise vorhanden. An Hexonbasen wurde nur Lysin gefunden.

Ugglas erzielte aus Kaseinlösungen mit Klupein, Thymushiston und Hämoglobin Fällungen, die er als chemische Verbindungen des Kaseins mit den genannten Eiweißkörpern ansieht. Der Kasein-Hämoglobinniederschlag ist in Alkali löslich, durch Ammoniumsulfat wird aber das Kasein allein gefällt. In der Verbindung (hier dürfte sicher keine solche vorliegen, Ref.) ist ungefähr doppelt so viel Hämoglobin enthalten als Kasein. Die Kaseinhistonfällung besteht aus 70% Kasein und 30% Histon, die Kaseinklupeinfällung enthält zirka 94% Kasein und löst sich in warmem Wasser und in Kochsalzlösungen.

Fett.

Arnold verglich die Refraktionen verschiedener Fette mit ihren chemischen Konstanten und fand deutliche Beziehungen zwischen Refraktometerzahl und Jodzahl. Fette, deren Verseifungszahlen nicht sehr voneinander verschieden sind, lassen einen weitgehenden Parallelismus beider Werte erkennen. Anderseits zeigt sich zwischen Refraktometerzahl und Verseifungszahl ein Verhältnis, das mit zunehmender Verseifungszahl eine abnehmende Refraktion erkennen läßt. Bei Butterfetten wird der Beurteilungswert der Refraktion durch die gleichzeitige Angabe der Verseifungszahl wesentlich erhöht. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß bei Juckenack-Pasternackschen Differenzen (Reichert-Meißlsche Zahl [Versuchungszahl 200]) erhebliche Minuswerte von Refraktionen begleitet sind, die meist kleiner sind als 42·5, und zwar allgemein um so kleiner, je höher die Verseifungszahl und je größer die Minusdifferenzen an sich sind. Hohe Verseifungszahlen in Zusammenhang mit niedrigen Refraktionen sind verdachterregend, weniger verdächtig ist eine hohe Refraktion neben einer hohen Verseifungszahl. Hohe Refraktion neben hoher Verseifungszahl weist darauf hin, daß entweder nur eine kleine Juckenack-Pasternacksche Minusdifferenz oder aber eine Plusdifferenz vorhanden ist. In diesem Falle wie auch dem oben erwähnten Zahlenverhältnis, das für Kokosfettverdacht in Betracht kommt, kann aus der Refraktion und aus der Verseifungszahl ein Rückschluß auf die ungefähre Lage der Reichert-Meißlschen Zahl erfolgen.

Nach Untersuchungen von Burr und Weise (1) enthält frisches Butterfett stets geringe Mengen freier Fettsäuren, deren Menge in

10 g 0·6 bis 1·4 cm³ $\frac{n}{10}$-Natronlauge erforderte. Weiterhin wurde festgestellt, daß der Gehalt des Fettes an flüchtigen Fettsäuren besonders hoch zur Zeit der Rübenfütterung ist.

Nach Gutzeit findet der Gehalt des Fettes verschiedener Milcharten von flüchtigen Fettsäuren seine Erklärung durch die verschiedene Ausnutzbarkeit des Futters. Je weiter ein Tier die Nahrung aufzuschließen vermag, um so weniger droht ein Kalkverlust auch für die Jungen, um so reicher an flüchtigen Fettsäuren kann das Milchfett dann auch sein (Wiederkäuer). Bei Einhufern, bei denen die Nahrung infolge des Wegfalles des Wiederkäuens weniger aufgeschlossen ist, wird das Milchfett entsprechend ärmer an flüchtigen Fettsäuren, während endlich bei Ominivoren und Karnivoren, deren Nahrung besonders kalkarm ist, die Menge dieser Säuren ganz minimal ist, damit ein Kalkverlust vermieden wird.

Salze.

Der Kalkgehalt der Kuhmilch ist nach Untersuchungen von d'Alfonso in den ersten Tagen nach dem Kalben am höchsten, er sinkt dann bis zur Norm der reifen Milch rasch ab, wobei sich aber Rasse- und Individualverschiedenheiten bemerkbar machen. Verschiedene Krankheiten vermögen den Kalkgehalt im Sinne einer Zu- oder Abnahme gegenüber der Norm zu beeinflussen.

Tillmans, Splittgerber und Riffert (1) stellten Untersuchungen über den Ammoniakgehalt der Milch an. Die Bestimmung derselben gestaltet sich nach den Erfahrungen des Verfassers zweckmäßig wie folgt:

400 cm³ Milch werden mit 40 cm³ Bleiessig versetzt. Zu 300 cm³ des Filtrates gibt man 27 cm³ gesättigte Natriumphosphatlösung. 240 cm³ dieses zweiten Filtrates, die jetzt 200 cm³ der ursprünglichen Milch entsprechen, werden nun in einem breiten Becherglase mit Phenolphthalein, 15 bis 20 cm³ 10%iger Magnesiumchloridlösung und mit 5 g pulverisiertem Natriumphosphat versetzt und mittels eines an eine Wasserturbine angeschlossenen Rührwerkes bis zur Lösung des Phosphates gerührt. Unter Fortsetzung des Rührens fügt man dann Natronlauge hinzu, bis eine bleibende geringe Rosafärbung eingetreten ist. Der gebildete gelatinös-amorphe Niederschlag geht nach etwa $\frac{1}{4}$ Stunde in einen kristallinischen über, während die Rosafärbung verschwindet. Ist dieser Punkt erreicht, so setzt man weiter tropfenweise Lauge hinzu, bis die Rosafärbung konstant bleibt, und rührt zum Schlusse noch $\frac{1}{4}$ Stunde lang. Hat man zu viel Natronlauge genommen, kann man mit Salzsäure abstumpfen, um dann wieder mit Natronlauge den beschriebenen Endpunkt zu erreichen. Man filtriert den Niederschlag durch ein gewöhnliches Filter, wäscht zunächst mit dem Filtrat, dann noch 2mal mit Wasser und gibt Niederschlag und Filter in einen Destillationskolben. Unter Zusatz von Magnesia und Bimsstein wird dann in vorgelegte $\frac{n}{10}$ Säure

überdestilliert und mit $\frac{n}{10}$-Lauge unter Beimischung von Kongorot zurücktitriert.

Nach dieser Methode erhielten die Verff. übereinstimmend mit der Vakuummethode in vollkommen frischer Milch zirka 3 bis 4 mg NH_3 im Liter. Nach der Magnesiadestillation bei gewöhnlichem Druck wurde rund 10 mal so viel erhalten!

Gesäuerte Milch wies erheblich höhere Werte für Ammoniak auf, die bei einer Milch mit 9·2 Säuregraden 14·5 mg, bei 27·4 Säuregraden 27·4 mg und bei einer andern Milch mit 35·6 Säuregraden 028·4 mg NH_3 betrugen. Erhitzte Milch gab verschiedene Werte, je nach der angewandten Methode, so wurden in einer Probe, die vor dem Erhitzen nach der Vakuumperiode 4·1 mg, nach der beschriebenen Methode 5·1 mg NH_3 enthielt, sofort nach dem Erhitzen 4·8 beziehungsweise 46·3 mg NH_3 gefunden. Die Verff. glauben, daß durch das Erhitzen aus den Eiweißkörpern NH_3-haltige Stoffe gebildet werden, die in löslicher Form in das Serum übergehen, durch die Magnesiumphosphatbehandlung gefällt werden und bei der Destillation unter gewöhnlichem Druck Ammoniak abspalten, nicht aber bei der Vakuumdestillation.

Verschmutzte Milch zeigte sofort nach dem Zusatz gegenüber reiner Milch keinen erhöhten Ammoniakgehalt, wohl aber trat ein solcher Unterschied bei der Aufbewahrung der Milch ein, es zeigte sich auch, daß mit zunehmender Bakterienzahl der Ammoniakgehalt der Milch stieg, so daß die Bestimmung des NH^3-Gehaltes ein Mittel zur Feststellung der bakteriellen Beschaffenheit der Milch ist. Milch mit mehr als 10 mg NH_3 im Liter ist als erheblich verunreinigt zu betrachten.

Nockmann bestimmte den Mangangehalt der Kuhmilch zu durchschnittlich 0·004 bis 0·005 mg Mn in 100 cm^3. Nur ausnahmsweise stieg der Gehalt auf 0·010 bis 0·015 mg. Nach der Verabreichung Mn-haltigen Tränkwassers konnte keine Erhöhung des Mn-Gehaltes der Milch festgestellt werden.

Farbstoffe.

Palmer und Eckles (1) geben der Ansicht Ausdruck, daß der Farbstoff des Butterfettes ein Gemisch von Karotin und Xanthophyll sei. Den Farbstoff erhielten sie durch das Verseifen des Fettes und Extraktion der Seifenlösung mit Äther. Die Löslichkeitsverhältnisse und das physikalische Verhalten führten sie zu dieser Annahme, weiterhin fanden sie, daß bei Verfütterung einer Nahrung, die arm an Karotin und Xanthophyll war, der Farbstoffgehalt des Fettes abnahm, um wieder zuzunehmen, sobald eine farbstoffreiche Nahrung verabreicht wurde. Auch der Farbstoff des Frauenmilchfettes (2) soll ein Gemisch von annähernd gleichen Teilen von Karotin und Xanthophyll darstellen. Diese Farbstoffe sollen auch in Blut und Körperfett der Tiere enthalten sein.

Palmer und Cooledge halten das Laktochrom, den gelben Farbstoff der Molke, für identisch mit dem Urochrom, dem Harnfarbstoff. (Bestätigung der Ansicht von Demoulieres und Gautrelet.)

Enzyme.

Gertrud Woker hat über die Natur der Oxydasen, Katalasen und Reduktasen eine neue Anschauung geäußert, die darin gipfelt, daß alle drei Fermentreaktionen einer und derselben Substanz, je nach den äußeren Umständen zukommen. Sie geht aus von der Anschauung von Bach und Chodat, welche für die „reinen" Oxydasen das System Oxygenase-Peroxyd als vorhanden annehmen, während bei den „Peroxydasen" das Peroxyd a priori fehlt und zur Auslösung der Fermentreaktion erst zugesetzt werden muß. Woker nimmt für den Träger der genannten Reaktion die „Oxygenase" an, von welcher sie voraussetzt, daß sie ein Aldehyd sei. Durch Einwirkung eines Superoxydes wird dieser in ein Peroxyd übergeführt nach folgendem Schema:

$$R-C\begin{matrix}H\\O\end{matrix} + H_2O_2 \rightarrow RC\begin{matrix}H\\OH\\O-OH\end{matrix}$$

Dieses Peroxyd kann sich nun in verschiedener Weise umsetzen. Einmal reagiert es mit überschüssigem Wasserstoffsuperoxyd unter Bildung von molekularem Sauerstoff nach der Formel:

$$RC\begin{matrix}H\\OH\\OOH\end{matrix} + H_2O_2 \rightarrow RC\begin{matrix}H\\OH\\OH\end{matrix} + H_2O + O_2$$

Es würde dann die Katalasereaktion vorliegen. Ist kein H_2O_2 im Überschuß vorhanden und wird ein oxydables Chromogen zugesetzt, so erstreckt sich die Oxydationswirkung des gebildeten Peroxydes auf dieses unter Bildung eines Farbstoffes (Peroxydasereaktion). Ist schließlich neben dem Chromogen noch überschüssiges H_2O_2 vorhanden, können beide Reaktionen nebeneinander auftreten. Je nach der Beschaffenheit des Mediums, in welchem sich die Reaktionen abspielen, verläuft einmal die Katalasereaktion schneller als die Peroxydasereaktion oder umgekehrt. Die Grenzfälle sind dann reine Peroxydasereaktion beziehungsweise reine Katalasereaktion.

Wird schließlich in dem betreffenden Medium, dem ein reduzierbarer Farbstoff zugesetzt ist, für vollkommenen Sauerstoffabschluß gesorgt, dann deckt der fragliche Aldehyd sein Sauerstoffbedürfnis dadurch, daß er den Farbstoff zur Leukobase reduziert.

Versuche, die die Autorin mit Formaldehyd und mit Azetaldehyd anstellte, scheinen für ihre Hypothese zu sprechen, Benzaldehyd verhielt sich abweichend, indem er keine Katalasereaktion auslöste, in vollkommen frischem Zustande löste er bei Gegenwart von H_2O_2

eine Peroxydasereaktion aus, gestandener Benzaldehyd wirkte infolge Bildung an Peroxyden wie eine direkte Oxydase.

Wieland denkt sich die Oxydase, Reduktase und die „Mutase" auch als die Wirkungsform eines einzigen Agens, der „Dehydrase". In der Milch sind demnach auch diese drei Ausdrucksformen eines und desselben Agens enthalten, die einerseits in der Schardingerschen Reaktion (Oxydase und Reduktase) und anderseits in der Umwandlung von Salizylaldehyd in Salizylsäure und Saligenin (Mutase) zum Ausdruck kommen. Wieland fand, daß in ausgepumpter aseptisch gewonnener Milch unter Stickstoff Salizylaldehyd in Saligenin und Salizylsäure verwandelt wurde. Bei Anwesenheit von Luft oder unter reinem Sauerstoff war der Salizylsäuregehalt vermehrt, der von Saligenin dagegen vermindert. In diesem Falle hat also die Mutasewirkung abgenommen zugunsten der Oxydasewirkung. Wären Oxydase und Mutase voneinander verschiedene Fermente, dürfte man erwarten, daß die gebildete Saligeninmenge konstant bliebe und keine Verringerung erfuhr. Bei Zusatz von Salizylaldehyd und Methylenblau zur Milch ergab sich folgendes: Methylenblau wurde entfärbt, Salizylsäure in großen Mengen, Saligenin dagegen nur in sehr geringen Mengen gebildet. Durch die Anwesenheit von Methylenblau wurde also die Mutasereaktion ganz in den Hintergrund gedrängt, der Farbstoff wurde reduziert, während gleichzeitig der Aldehyd oxydiert wurde. Ist aller Farbstoff reduziert, dann tritt, wie ein Versuch zeigte, die Mutasereaktion in vollem Umfange wieder ein. Schließlich stützt Wieland seine Anschauung dadurch, daß es ihm gelang, die progressive Inaktivierung des Fermentes gleichzeitig gegenüber allen 3 Funktionen durch schädigende Einflüsse nachzuweisen.

Marfan und Lagane untersuchten Frauenmilch auf Peroxydasewirkung mittels Guajakolwasserstoffsuperoxyds (1 cm^3 Frauenmilch, 1 cm^3 wässerige 1%ige Guajakollösung, 4 bis 5 Tropfen Wasserstoffsuperoxyd. Gewöhnliche Frauenmilch zeigt hierbei in der Regel eine ringförmige Verfärbung [diskoide Reaktion], während das Kolostrum der ersten Tage eine diffuse Verfärbung zeigt [kolostrale Reaktion]). In seltenen Fällen tritt diese Reaktion auch bei reifer Milch ein, in einer geringen Zahl von Fällen trat überhaupt keine Reaktion ein.

Nach Untersuchungen von Wedemann enthält Ziegenmilch keine Aldehydkatalase, auch Ziegenmilchsahne entfärbte Formalin-Methylenblau nicht, weiterhin wurde kein Unterschied zwischen Anfangs- und Endmilch, der Milch von säugenden und nichtsäugenden Ziegen und von an Abortus erkrankten Ziegen gefunden. Katalase ist in der Ziegenmilch nur in ganz geringem Maß enthalten, während die Peroxydase in ebensolchem Umfange wie in der Kuhmilch anzutreffen ist.

Das Glyzyltryptophan spaltende Ferment, das von Wohlgemuth und Strich, sowie von Warfield bereits in Milch nachgewiesen worden war, wurde von Koch stets in Frauenmilch gefunden, auch wenn dieselbe bis auf das 10fache verdünnt worden war. Bei

noch größeren Verdünnungen versagte die Reaktion. Von 34 Kuhmilchproben zeigten nur 10 eine positive Reaktion. Dabei gaben von 10 Einzelproben 5 ein negatives, zwei ein schwach positives und nur 3 ein stark positives Resultat. Durch Erhitzen der Frauenmilch auf 100° wird ihre spaltende Fähigkeit vernichtet, ebenso wirkt ein einstündiges Erwärmen auf 62 bis 65°, während die gleiche Erhitzungsdauer auf 50° die Reaktion nicht beeinträchtigt.

Pozerski beobachtete, daß mit Chloroform versetzte rohe Milch bei der Aufbewahrung nach 2 bis 3 Wochen koagulierte, während gekochte Milch diese Erscheinung nicht zeigt. Pozerski vermutet, daß es sich hier nicht um eine bakterielle Zersetzung handelt, sondern um die Wirkung eines Labfermentes, das jedoch a priori nicht frei in der Milch enthalten ist, sondern erst im Verlaufe der Autolyse in Freiheit gesetzt wird. Da die Koagulation sehr viel später eintritt oder ganz ausbleibt, wenn die Milch vorher zentrifugiert wird (Entfernung von Zellbestandteilen), vermutet Pozerski, daß das Labferment an die Leukozyten gebunden ist.

Physikalisches, Reaktion.

Jackson und Rothera untersuchten die Beziehungen zwischen der Zusammensetzung der Milch und ihren physikalischen Eigenschaften. Sie fanden zunächst für Milch gleichen Ursprungs so außerordentliche reziproke Übereinstimmung zwischen dem Milchzuckergehalt und der elektrischen Leitfähigkeit, daß sie die letztere als Ausdruck für den Milchzuckergehalt der Milch anzunehmen geneigt sind. Morgen- und Abendmilch zeigen Differenzen dergestalt, daß die letztere in der Regel eine höhere Leitfähigkeit besitzt, was somit einem niedrigen Milchzuckergehalt entsprechen würde. Die einmal durch Saugen, dann durch Melken ermolkene Milch zeigen ebenfalls Unterschiede in der Leitfähigkeit. Die Beziehungen zwischen Leitfähigkeit und Milchzuckergehalt erstrecken sich auch auf pathologische Milch.

Die Eiweißkörper der Milch beeinflussen ihre Leitfähigkeit derart, daß diese durch je 1% Eiweiß um 2·76% herabgesetzt wird. Rohe und gekochte Milch zeigen, auch nach der Dialyse, keine Unterschiede in der Leitfähigkeit. Klimatische Einflüsse machen sich dadurch geltend, daß heißes trockenes Wetter die Leitfähigkeit erhöht, kaltes, feuchtes Wetter sie dagegen herabsetzt.

Aron bestimmte elektrometrisch das Salzsäurebindungsvermögen von Kuh- und Frauenmilch. Es zeigte sich, daß ganz geringe Mengen Salzsäure von beiden Milcharten in fast gleicher Weise abgesättigt werden und die Reaktion nur unwesentlich erhöhen. Bei steigendem Säurezusatz nimmt die Azidität der Frauenmilch sprunghaft und steil zu und liegt schon in einer Mischung von 50 cm³ Frauenmilch + 20 bis 25 cm³ $\frac{n}{10}$ Salzsäure innerhalb der gleichen Größenordnung wie in einer entsprechenden wässerigen Salzsäurelösung. Kuhmilch zeigt bei steigendem Säurezusatz erheblich niedrigere

Aziditätswerte als Frauenmilch, so daß bei Zusatz mittlerer Säuremengen Kuhmilchmischungen nur $^1/_{100}$ bis $^1/_{1000}$ des Aziditätsgrades aufweisen, den die entsprechenden Mischungen mit Frauenmilch zeigen. Erst bei Zusatz verhältnismäßig großer Salzsäuremengen (10 bis 15 cm^3 n-HCl auf 50 cm^3 Milch) gelangt man zu Aziditätswerten, die innerhalb derselben Höhenordnung liegen, wie die von Mischungen der gleichen Salzsäuremengen mit Wasser oder Frauenmilch. Selbst Kuhmilchmolke besitzt ein stärkeres Salzsäurebindungsvermögen als ein gleiches Volumen Gesamtfrauenmilch.

Löhnis (3) macht für das vorzeitige Gerinnen der Milch die rasche Vermehrung der Bakterien schon im Euter, Kontaktinfektionen und schließlich den gerinnungsfördernden Einfluß des Ozons verantwortlich.

Lab und Labgerinnung.

Harden und Macallum prüften die Wirkung verschiedener Labfermente auf Kasein, und zwar Wittesches Lab, Grüblersches Trypsin und das Ferment der Samen von Withania coagulans. Durch Lab wird aus dem Kasein weder Stickstoff noch Phosphor abgespalten, während, eine solche Abspaltung durch Trypsin und das Withaniaferment stattfindet, bei letzterem aber in geringerem Maße als beim ersteren. Zur Ausflockung der gebildeten Parakaseine sind nicht unbedingt lösliche Kalksalze nötig, sie findet ohne solche statt bei großen Fermentkonzentrationen oder bei Temperaturen über 45°. Wird Parakasein erneut der Fermentwirkung ausgesetzt, so wird die Fällbarkeit derselben nicht erhöht. Nach den Untersuchungen der Verff. wären die von den drei Fermenten gebildeten Parakaseine als verschiedene Produkte zu betrachten.

Kreidl und Lenk stellten Untersuchungen über den Einfluß des Fettgehaltes auf die Labungsgeschwindigkeit an. In unverdünnten Proben (Mager-, Vollmilch, Kaffeesahne, Teesahne, Schlagsahne) ergaben sich keine merklichen Differenzen, wurde aber die Milch mit 50% Wasser verdünnt, so labten die Proben um so später, je fettreicher sie waren.

Edie fand, daß Trypsin beim Erhitzen schneller seine verdauende Fähigkeit verlor als die labende.

Durandard fand im Myzel von Rhizopus nigricans ein Labferment, dessen Wirksamkeit bei 60° C zerstört wird. Das Optimum liegt bei 50°, bei 10° ist es unwirksam.

Bosworth und van Slyke erklären die labgerinnungshemmende Eigenschaft des Natriumzitrates durch die Umsetzung in Kalzium-Natriumkaseinat und Kalziumzitrat. 0·05 bis 0·35% Natriumzitrat hemmen die Labgerinnung je nach der Menge des zugesetzten Salzes, 0·4% verhindern die Labgerinnung überhaupt. Die Labwirkung als solche wird nach Annahme von Bosworth und van Slyke nicht verhindert, es bildet sich an Stelle von Kalziumparakaseinat Kalziumnatriumparakaseinat, das infolge seines Gehaltes an Na nicht fällbar sei.

Nach Briot kann man auch durch Lablösungen, deren wirksames Prinzip durch Erhitzen zerstört ist, Antilab erhalten. Ein Antiserum erhält man am besten durch intraperitoneale Injektionen (Versuche am Meerschweinchen und Kaninchen).

Wirkung des Erhitzens.

Lavialle untersuchte die Veränderung des der Milch zugesetzten Rohrzuckers durch das Erhitzen (Sterilisieren). Er bestätigt die schon lange bekannte Erscheinung, daß beim hochgradigen Erhitzen der Zucker eine partielle Spaltung erleidet, die anscheinend hinsichtlich ihres Umfanges vom Säuregrade beziehungsweise Säuregehalte der Milch abhängig ist. Der Zusatz von Milchsäure zur Milch hatte eine ganz erhebliche Vermehrung der Zuckerspaltung zur Folge.

Histologie und Physiologie.

Nach Breed schwankt die Zahl der Zellen in normaler Kuhmilch — eingewanderte polynukleäre Leukozyten und Epithelzellen, Kernreste und Zelltrümmer aus den Drüsengängen — innerhalb sehr weiter Grenzen. Endmilch enthält in der Regel mehr Zellen als Anfangsmilch. Die Schwankungen betrugen nach den Untersuchungen von Breed 5000 bis 543.000 (Milch 8 Tage nach dem Kalben). Proben mit mehr als 1 Million waren keine Seltenheiten, die Milch mußte aber nach den sonstigen Befunden als normale Milch angesprochen werden (keine Streptokokken).

Nach Untersuchungen von Lewis ist das massenhafte Vorkommen von polynukleären und eosinophilen Zellen in der Milch ein Zeichen für Eutererkrankungen. Meist, aber nicht immer, finden sich lange Streptokokkenketten in solchen Fällen vor.

Liperovsky tritt auf Grund seiner Untersuchungen der Anschauung entgegen, daß in der Milchdrüse jugendlicher Personen elastisches Gewebe vorwiegend vorhanden sei. Dieses tritt in größerer Masse und erheblich kompakter erst in zunehmendem Alter auf. Der elastiko-muskuläre Apparat ist in jugendlichem Alter viel vollkommener ausgebildet als in älteren Drüsen. Der Alveoleninhalt der senilen Drüsen ist fettfrei und erinnert in keiner Weise an Milch.

Terhola fand, daß nach der Geburt die Zahl der Erythrozyten und die Hämoglobinmenge absinkt, um später wieder anzusteigen. Frauen, die nur kurze Zeit stillen, zeigten hierbei ein stärkeres Ansteigen als solche, die längere Zeit stillten.

Die Untersuchungen, die Hill und Simpson an einer Ziege (1) und einer Kuh (2) vornahmen, ergaben, daß Pituitrin in beiden Fällen kurz nach der Injektion die Milchmenge und ihren Fettgehalt gegenüber der Norm erhöhte. Das so gewonnene Plus wird aber durch die beim übernächsten Melken verringerte Milchmenge wieder ausgeglichen, so daß de facto eine günstige Gesamtwirkung nicht zu konstatieren ist.

Einfluß der Nahrung, Übergang von Stoffen.

Die Untersuchungen Zuckmayers scheinen mir für seine Behauptung, daß eine Verabreichung von Kalk (Trikalkol) während der Schwangerschaft einen günstigen Einfluß auf den Kalkgehalt der Milch haben soll, nicht beweisend zu sein.

Nach Untersuchungen von Stevenson geht Azetanilid bei Gaben von 0·25 g in der Regel nicht in die Milch über, nur in ganz seltenen Fällen konnten 15 Stunden nach der Verabreichung ganz minimale Mengen davon in der Milch wiedergefunden werden.

Bakterien.

Löhnis (1) untersuchte den Keimgehalt der verschiedenen in Leipzig auf den Markt gelangenden Milchproben. Die im Laufe von zirka 6 Jahren an über 1000 Milchproben erhaltenen Resultate ergaben folgendes Bild:

	Mimimum	Maximum	Mittel
Gew. Marktmilch . . .	28.000	142,000.000	7,000.000 (5,500.000)
Vorzugs-, Kindermilch	1.955	86.500	20.300
Sterilis. Kindermilch .	100	1.000 (350.000)	
Backhausmilch . . .	500	1.000 (5.000)	
Enzymamilch	100[1])	3,500.000[1])	330.000[1])
	1.900[2])	4,900.000[2])	351.000[2])
Uviolmilch	4.900[1])	1,560.000[1])	112.900[1])
	10.750[2])	1,785.000[2])	174.680[2])

Zu den erhaltenen Werten ist folgendes zu bemerken: Zur Bestimmung der Zahl der Keime wurden Gußkulturen auf Fleischextraktagar und Molkenagar verwendet, die nach 3tägiger Aufbewahrung bei 38° ausgezählt wurden; welche der dabei erhaltenen Werte für die zuerst genannten 4 Milcharten berücksichtigt wurden, geht aus der Arbeit nicht hervor, wahrscheinlich aber sind die höchsten Werte gewählt worden. Wurde bei gewöhnlicher Marktmilch der Höchstwert von 142,000.000 für die Berechnung der Durchschnittszahl

[1]) Fleischextraktagar.
[2]) Molkenagar.

unberücksichtigt gelassen, so wurden nur 5·5 Millionen Keime als Durchschnitt gefunden. Die bei sterilisierter und bei Backhausmilch in Klammern gesetzten Werte für die Maximalkeimzahl stellen Ausnahmefälle dar. Die hier erwähnten Keimzahlen gelten nur für Milch, die sofort nach ihrer Einlieferung ins Laboratorium untersucht wurde. Milch, die bei verschiedenen Temperaturen mehr oder weniger lange Zeit aufbewahrt worden wahr, war natürlich entsprechend keimreicher. Die bei der Enzymamilch gefundenen hohen Werte lassen, da sich auch lebende Milchsäurebakterien vorfanden, auf eine nachträgliche Kontaktinfektion infolge nicht sterilisierter Flaschen schließen. Die von Seiffert empfohlenen Aluminiumblättchenverschlüsse (cf. Referat f. d. Jahr 1911) erwiesen sich sehr oft als undicht.

de Gironcourt untersuchte die Milch bei den Tuaregs hinsichtlich der Bakterienflora und fand darin:

1. Bac. lacticus Pasteur (nicht pathogen),
2. einen Streptokokkenbazillus, der dem Bac. bulgaricus Grigorow nahesteht,
3. eine Saccharomyzeshefe,
4. einen dem Penicillium aureum nahestehenden Schimmelpilz.

Christeller konnte durch längeres Wachstum auf Milchagar eine von der gewöhnlichen Form abweichende Art des Bac. bulgaricus erhalten. Diese Art wuchs sehr rasch — in 24 Stunden — auf gewöhnlichem Agar, aber nicht mehr auf Milchagar. Milch, in der die Modifikation nur sehr dürftig wuchs, wurde nicht mehr koaguliert, der Bac. bulgaricus wuchs darin stets grampositiv, auf Agar verlor er seine Gramfestigkeit.

Rogers und Dahlberg untersuchten zahlreiche Streptokokkenstämme aus der Milch gesunder und kranker Kühe, Kuhkot und Kuhspeichel. Sie kommen zu dem Schlusse, daß es nicht möglich ist, aus dem mikroskopischen Bilde und dem kulturellen Verhalten auf die Herkunft der Milchstreptokokken zu schließen. Euterkokken neigen in höherem Maße zur Kettenbildung als andere. Von allen Streptokokken ließ sich nur Streptococcus pyogenes identifizieren.

Nach Michel waren 20% aller Milchproben in Edinburg tuberkelhaltig.

Pennington und ihre Mitarbeiter setzten ihre Studien über die bakteriologischen und biologischen Veränderungen der bei 0° gehaltenen Milch und des Kochens fort (cf. H. 11, 1908) und verwendeten hierzu:

1. Rohe Milch,
2. rohe Milch mit einem Zusatz von 0·1% Formaldehyd, zwecks Ausschaltung einer Bakterienwirkung, die Milchenzyme sollen hierdurch nicht geschädigt werden,
3. sterilisierte Milch nach Verimpfung der Bakterien der Kochmilch, aus dieser durch Zentrifugieren gewonnen,
4. sterilisierte Milch, als Kontrolle.

Aus den Veränderungen, die die bei niederer Temperatur aufbewahrte Milch erlitt, schließen die Verff. folgendes:

1. Der Abbau des Kaseins erfolgt in erster Linie durch Bakterienwirkung, der des Milchalbumins vorzugsweise durch ein originäres Milchenzym, in roher Milch, in welcher beide Faktoren nebeneinander wirken, ist der Umfang der Proteolyse bei weitem größer, als wenn der Abbau getrennt erfolgte. In allen Fällen erfolgte ein Abbau über Albumosen und Peptone hinaus bis zu Aminosäuren.

2. Die Umwandlung des Milchzuckers in Milchsäure ist vorwiegend, wenn nicht ausschließlich, auf Rechnung von Bakterien zu setzen. Mit diesen Umwandlungen geht eine Erniedrigung des Gefrierpunktes parallel. Lezithin wurde bei der Aufbewahrung der Milch nicht angegriffen.

3. Die Jodzahl des Fettes, seine Refraktion und die Reichert-Meißlsche Zahl erlitten keine oder nur unwesentliche Veränderungen, die Hydrolyse des Fettes und die dadurch bedingte Zunahme der Azidität sind auf Bakterien zurückzuführen. Die Hehnersche Zahl zeigte stets eine Zunahme, die Verseifungszahl in der Regel auch, in einigen Fällen konnte jedoch auch eine Abnahme derselben beobachtet werden. Das Steigen der Hehnerschen und Sinken der Verseifungszahl in infizierter Milch ist nach den Verff. auf bakterielle Wirkung zurückzuführen, während das gleichzeitige Ansteigen beider Konstanten in sterilisierter Milch Oxydationsvorgängen und der feinen Verteilung des Butterfettes, vielleicht unter Mitwirkung eines thermostabilen anorganischen Katalysators zuzuschreiben ist, dieselben Faktoren und ein Milchenzym ergeben dieselbe Erscheinung in Formolmilch, während in gewöhnlicher roher Milch sämtliche Faktoren mitspielen.

4. Die einfache Reduktase und die Trikresoloxydase der Milch können originäre oder bakterielle Enzyme sein, während die Aldehydreduktase und die Guajakoxydase bakteriellen Ursprunges sein sollen, im Rahm sind die beiden erstgenannten Fermente sowohl originären Ursprungs, die letztgenannten ebenfalls bakteriellen Ursprungs. (Diese Anschauungen stehen mit den herrschenden in sehr großem Widerspruch, leider sind die Angaben der Autoren zu dürftig, als daß es möglich wäre, festzustellen, wo der Fehler liegt. Daß einige der frischen rohen Milchproben mit Guajaktinktur nicht reagieren, ist nicht beweiskräftig, ebensowenig, daß in längerer Zeit aufbewahrter Formolmilch die Reaktion ausblieb. Das Auftreten in erhitzt gewesener, wieder infizierter Milch erscheint mir, wenn die Erhitzung hoch genug war, unmöglich. Ref.) Katalase ist sowohl originären wie bakteriellen Ursprungs.

5. Die Bakterienflora zeigte Veränderungen insofern, als zu Beginn der Aufbewahrungsdauer die thermophilen, gegen Ende derselben die kryophilen überwogen, in sterilisierter Milch wuchsen die Bakterien im allgemeinen schlechter als in roher Milch, in Rahm war das Verhältnis gerade umgekehrt.

Von der mehrfach gemachten Beobachtung ausgehend, daß Reduktionszeit und Keimgehalt der Milch durchaus nicht parallel miteinander verlaufen, untersuchte Dons, welche Bakterien vorzugsweise für die Reduktion des Methylenblaus in Frage kommen.

Die Feststellung der Keimzahl erfolgte stets nach dem Plattenverfahren, und zwar wurden folgende 4 Nährböden angewendet:

1. Fleischgelatine (100 Teile enthalten 1% Fleischextrakt, 1% Pepton, 0·5% NaCl, 10% Gelatine).
2. Fleischagar (1% Fleischextrakt, 1% Pepton, 0·5% NaCl, 1·5% Agar).
3. Molkengelatine (Molken und 10 % Gelatine).
4. Molkenagar (Molken und 1·5% Agar).

Die Züchtung auf den Gelatinenährböden erfolgte bei 20°, die Keimzählung nach 7 Tagen, auf den Agarnährböden bei 38°, die Keimzählung nach 3 Tagen. Bei den Reinkulturen wurde gezählt, wenn die Kolonien gut ausgewachsen waren. Verflüssigende Kolonien wurden mit Silbernitrat abgetötet.

Bei den Keimzählungen in gewöhnlicher Milch wurden alle 4 Nährböden benutzt, beim Zählen der Keime von mit Reinkulturen geimpfter Milch wurden die Nährböden benutzt, die den der vorhandenen Bakterienart günstigsten Nährboden bildeten.

Bei den Versuchen mit Reinkulturen wurde eine Vorzugsmilch benutzt, die teils in rohem, teils in pasteurisiertem oder sterilisiertem Zustande verwendet wurde. Es zeigte sich nun sehr bald, daß verschiedene Bakterien sich in roher und pasteurisierter Milch sehr verschieden verhielten. Um eine möglichst keimarme Milch zu erhalten, die möglichst (gegenüber den Bakterien) auch Rohmilchcharakter besitzt, erhitzte Dons die Vorzugsmilch im Wasserbade für 10 Minuten auf 68 bis 69°. Als pasteurisierte Milch bezeichnet er eine Milch, die 2 Minuten auf 100° erhitzt war. Die Wirkung der Erhitzung wird durch folgende Beispiele charakterisiert:

Grad der Erhitzung	I	II
roh	1 Stunde 25′	1° 15′
10 Minuten auf zirka 60°	1 „ 25′	1° 15′
10 „ „ „ 65°	1 „ 25′	1° 15′
10 „ „ „ 70°	1 „ 40′	1° 23′
10 „ „ „ 75°	2 „ 30′	2° 00′
10 „ „ „ 79—80°	3 „ 15′	2° 15′
10 „ „ „ 84°	3 „ 15′	3° 10′
10 „ „ „ 90°	3 „ 15′	3° 10′
10 „ „ „ 98—99·6°	3 „ 15′	3° 10′

Übermäßig starke Erhitzung bewirkt erst eine Zunahme, dann eine Abnahme der Reduktionszeit. Während eine auf 68° erhitzte Milch nach 1° 40′ reduzierte, betrug die Reduktionszeit derselben Milch bei 10 Minuten langer Erhitzung auf 105° 4 Stunden 5 Min., auf 135° 1 Stunde 40 Min, auf 170° 30 Minuten. Eine ähnliche Wirkung wird durch langdauerndes Erhitzen der Milch auf 100° erzielt.

Die mit einer großen Zahl von Keimkulturen ausgeführten Versuche ergaben folgendes äußerst wichtiges Resultat: die bei 38° sehr schlecht wachsenden Bakterien, wie Bact. fluorescens, Bact. putidum, cyanogenes, butyricum sowie Micrococcus pyogenes reduzieren selbst in sehr großer Zahl (mehrere Millionen in 1 cm³) nur in außerordentlich langer Zeit und dürften daher in gewöhnlicher Milch die Reduktaseprobe nicht beeinflussen. Die am schnellsten reduzierenden Bakterien sind die Sporenbildner, die Milchsäure bildenden Streptokokken und Mikrokokken. In pasteurisierter Milch wurde vielfach eine andere Reduktionszeit festgestellt als in roher Milch. Die nachstehende Tabelle gibt einen annähernden Überblick über die Bakterienmenge, die nötig ist, um Milch in 2 Stunden zu entfärben.

	Rohe Milch	Pasteurisierte Milch
	in Millionen	
Milchsäurebildner Mikrokokkus . . .	6	6
Milchsäurebildner Streptokok. . . .	14—16	5
Bacterium coli	12—37	300
Bacterium prodigiosum	25	300
Proteus vulgaris	35	40
Bact. fluorescens	>100	>100
Bact. putidum	>100	>100
Indifferenter Mikrokokkus	50	—
Bact. subtilis, mycoides	—	7

Weitere an Handelsmilch ausgeführte Untersuchungen, bei denen Zahl und Art der verschiedenen Keime bestimmt wurde, ergaben ganz analoge Resultate. Endlich wurden noch Versuche angestellt, bei denen reine Milch mit Fäzes beziehungsweise alter fauler Milch versetzt wurde. Bei diesen Versuchen zeigte nur die mit verdorbener Milch eine beschleunigte Reduktion je nach der Höhe des Keimgehaltes.

Endlich wurde noch festgestellt, daß der Zusatz von Methylenblau zur Milch die Vermehrung der Bakterien in ganz erheblichem Maße hemmt. Auf Grund der vorstehend geschilderten Versuche kommt Dons zu dem Schlusse, daß es nicht zu empfehlen sei, die Reduktase-(Gärreduktase)-Probe bei der öffentlichen Milchkontrolle in Großstädten zu verwenden, weil

1. die Reduktaseprobe, als Keimzählungsmethode verwendet, höchst ungenau ist,
2. die Reduktaseprobe als hygienische Probe keinen Wert hat,
3. die Zuverlässigkeit der Gärprobe, die nicht eingehend untersucht worden ist, von vornherein in hohem Grade bezweifelt werden muß.

Bakterienbekämpfung.

Ford und Pryor warnen berechtigterweise vor übergroßer Vertrauensseligkeit gegenüber pasteurisierter Milch. Sie soll möglichst kühl aufbewahrt und möglichst schnell verbraucht werden, da die Sporen der darin verbleibenden Bakterien bei gewöhnlicher Temperatur bald wieder auskeimen. Das ist um so sicherer der Fall, je höher und je länger pasteurisiert wurde.

Nach Untersuchungen von Weigmann bleibt beim Biorisieren der Rohmilchcharakter der Mlch so weit erhalten, daß sie als Verkaufsmilch in ihrem Werte nicht beeinträchtigt ist.

Nach Klunker bedeutet das Biorisatorverfahren einen wesentlichen Fortschritt in der Gewinnung einer hygienisch einwandfreien Milch. Krankheitserreger, wie Typhus- und Paratyphus-, Ruhr-, Cholera- und Diphtheriebazillen, wurden durch die Biorisierung absolut sicher abgetötet.

Ulrich prüfte das Biorisatorverfahren hinsichtlich seiner Wirksamkeit auf in der Milch enthaltene Keime von Typhus, Bact. coli, Streptothrix und Bact. fluorescens. Diese Bakterienarten wurden abgetötet. Biorisierte Milch hielt sich selbst an heißen Tagen 3 bis 5 Tage lang.

Von den Bedenken, die Binder gegenüber dem Biorisatorverfahren hat, ist am wenigsten ins Gewicht fallend das hinsichtlich des Kostenpunktes. Auch für die Frage, ob die Enzymamilch als gekocht im Sinne des Gesetzes zu betrachten sei, wird sich, vorausgesetzt natürlich, daß das Verfahren stets und unter allen Bedingungen hält, was es verspricht, eine befriedigende Antwort finden lassen. Am schwersten wiegt die Frage, wie die Enzymamilch als solche zu erkennen und von gewöhnlicher Kuhmilch zu unterscheiden ist.

Ayers und Johnson suchten festzustellen:

1. in welchem Umfange in der Milch enthaltene Bakterien durch ultraviollette Strahlen abgetötet werden,
2. die Bedingungen zu ermitteln, welche nötig sind, um eine erfolgreiche Abtötung der Bakterien zu erzielen,
3. ob es möglich ist, die Sterilisierung der Milch durch ultraviolette Strahlen in der Praxis durchzuführen.

Als Lichtquelle diente eine Quarz-Quecksilber-Dampflampe, die Milch befand sich in den ersten Versuchen in Petrischalen, bei späteren Versuchen wurde sie in dünner Schicht über rotierende Trommeln geleitet. Besonders bei den letzten Versuchen ergab sich, wenn die Lichtquelle nicht allzu weit von der Milchschicht entfernt war und wenn die Trommeln nicht allzu schnell rotierten, eine weitgehende Abtötung von Bakterien. Bestimmte Bakteriengruppen wurden hierbei nicht bevorzugt, die vernichtende Wirkung des ultravioletten Lichtes erstreckte sich auf alle geprüften Bakterienarten ziemlich gleichmäßig. Vorheriges Erwärmen der Milch auf zirka 60° C, um die Bakterien zu schwächen, ergab kein günstiges Resultat, während die umgekehrte Anordnung — erst Bestrahlung, dann Pasteurisierung — eine ganz enorme Bakterienabnahme bewirkte. Sporen waren außerordentlich resistent gegen ultraviolettes Licht.

Als unangenehme Beigabe bei dieser Methode der Sterilisierung wurde das Auftreten eines höchst unangenehmen Geruches und Geschmackes beobachtet, deren Intensität mit der Dauer der Bestrahlung und danach mit der desinfizierenden Kraft zunahm. Hand in Hand mit dieser Erscheinung ging das Auftreten von Flocken, die auf die Bildung von Eiweißgerinnseln zurückgeführt werden. Die letzten Versuche bezweckten die Sterilisierung von Flaschenmilch. Eine wirksame Abtötung der Keime wurde nur dann beobachtet, wenn die Lichtquelle direkt über den zu sterilisierenden Flaschen stand und mindestens 2 Minuten lang einwirkte. Seitlich von oben bestrahlte Milch erfuhr im Verhältnis hierzu nur eine ganz geringe Keimabnahme. Auf Grund der vorliegenden Untersuchungen halten es die Verff. zumindest für zweifelhaft, daß das Verfahren größere Bedeutung in der Praxis erfahren könnte.

Milchwirtschaft.

Friedel und Keller geben in ihrem Werke nach einleitenden Anmerkungen über den Wert der Milch in wirtschaftlicher Beziehung und als Nahrungsmittel eine sehr schöne Übersicht über den Erfolg der Bemühungen um moderne Milchgewinnung und Milchverwertung. Das Werk hat gleiches Interesse für den Landwirt wie für den Arzt.

Georgs und Lindemann geben einen Überblick über die Milchproduktions- und Verwertungsverhältnisse in Schleswig-Holstein.

Nach Hanssen gibt die Kellnersche Stärkewerttheorie kein richtiges Bild von der Ausnutzbarkeit des Fettes durch Milchkühe. Der Stärkewert muß in erster Linie als ein Maß für das Produktionsvermögen beim Mästen ausgewachsenen Rindviehs aufgefaßt werden. Der Milchproduktionswert der Futtermittel wird gefunden, wenn man die Reduktionszahl des verdaulichen Eiweißes im Verhältnis zu derjenigen der Kohlehydrate von 0·94 auf 1·43 erhöht. Im übrigen kann Kellners Berechnungsweise der Hauptsache nach befolgt werden, jedoch mit Beachtung desjenigen Effektes, den die verschiedenen Futtermittel bei Fütterungsversuchen mit Milchkühen hervorgebracht haben. Auf Grund dieser Beobachtungsmethode kann man

in allen Futtermischungen, in denen der Eiweißbedarf der Kühe zufriedengestellt ist, zu 1 kg Futtereinheit 1 kg Gerste, 1·1 kg Trockensubstanz der Wurzelgewächse oder so viel von anderen Futtermitteln rechnen, als 0·75 kg Milchproduktionswert entspricht, einer Menge, die ungefähr 2700 zur Produktion verwendbare Kalorien enthält.

Gegenüber diesen Ausführungen wendet Fingerling ein, daß der Faktor 1·43 nur dann Berechtigung hat, wenn wirklich nur das physiologische Eiweißminimum gefüttert werde. Aus rein wirtschaftlichen Gründen sei ein derartiger Fütterungsmodus aber so gut wie unmöglich, unter den Verhältnissen der landwirtschaftlichen Praxis müsse immer mehr Eiweiß gereicht werden, als zur bloßen Lebenderhaltung und zur Produktion stickstoffhaltigen Materials benötigt wird, je mehr Eiweiß aber gefüttert werde, um so schlechter werde dasselbe ausgenutzt, es sei daher unmöglich, einen in Zahlen fixierbaren Produktionswert des Eiweißes festzulegen. Dieser schwache Punkt in der Kellnerschen Fütterungslehre läßt sich nur dadurch beseitigen, daß man das Maß von Energie ermittelt, das Milchtiere in verschiedenen Laktationsstadien und bei verschiedener Milchleistung bedürfen, und getrennt davon die Eiweißgabe feststelle, die die Tiere als Baumaterial benötigen.

Nach Beobachtungen von Paraschtschuk zeichnete sich Milch von solchen Kühen, die mit Kartoffelschlempe oder mit Turnips gefüttert worden waren, durch eine besonders geringe Haltbarkeit aus. Beschränkte Verwendung dieser Futtermittel beseitigte den Fehler.

Bowen berechnet die ungefähren Kosten zur Pasteurisierung zu 0·00313 Dollar für die Gallone Milch und zu 0·00634 Dollar für die Gallone Rahm. Bei Verwendung von Abdampf lassen sich in einer Stunde zirka 400 Pfund Milch mit einem Aufwande von einer Pferdekraft pasteurisieren.

Laxa weist auf die Wichtigkeit guter Wiesen und Weiden für den Milchwirt hin.

Nach Brinkmann hat die Abmelkewirtschaft in ihrer Gesamtheit an Terrain verloren, sie hat noch in Gebieten höchster Milchverwertung ihre volle Beachtung, in den Grenzgebieten, wo schon früher der Rentabilitätsunterschied zwischen ihr und dem Zuchtbetrieb nicht allzu groß war, ist sie infolge der höheren Milchverwertung unrentabel geworden.

Eichloff prüfte eine Omega-Melkmaschine. Das Ergebnis war zufriedenstellend, Schädigungen des Euters wurden in der fast $^1/_4$jährigen Beobachtungszeit nicht festgestellt.

Müller berichtet über Leistungsprüfungen bei Ziegen, die bisher in Deutschland vorgenommeu wurden und weist auf noch zahlreiche offene Fragen hin, deren Beantwortung sicher von allgemeinem Interesse wäre.

Milchversorgung.

In Bd. 140 der Schriften des Vereines für Sozialpolitik schildert Meinert die Milchversorgung von Hamburg und seinen Nachbar-

städten, Thiele die des oberschlesischen Montanbezirkes, Schöne die Milchversorgung von Leipzig, Oeser die von 10 westfälischen Städten und Arnoldi die von Königsberg. Während in den andern Bezirken die Milchversorgung unter mehr oder weniger günstigen Verhältnissen vor sich geht, ist die Milchversorgung des schlesischen Montangebietes eine sehr klägliche, bedingt durch die ganzen Verhältnisse, die dort herrschen.

Thöni stellte umfangreiche Untersuchungen über die hygienische Beschaffenheit Berner Marktmilch an. Da sie mir in ihrer Art geradezu vorbildlich erscheinen, mögen sie hier näher besprochen sein.

An erster Stelle stand unter den Untersuchungszielen der Nachweis von Tuberkelbazillen, der schon deswegen interessant erschien, weil für die Schweiz derartige Untersuchungen noch nicht vorlagen, weiterhin wurde Zahl und Art der auf Nährgelatine wachsenden Keime bestimmt und schließlich wurde eine ganze Reihe hygienischer Untersuchungsmethoden auf ihren Wert geprüft. Solche waren:

1. Die Leukozytenprobe,
2. die Katalaseprobe,
3. die Gärprobe unter aeroben und nach der Pasteurisierung auch unter anaeroben Verhältnissen,
4. das Verhalten des bei der Leukozytenprobe erhaltenen Sedimentes bei Färbung mit Methylenblau,
5. die Prüfung auf das Vorkommen sogenannter säurefester Stäbchen,
6. das Verhalten in der Alizarolprobe.

Als Untersuchungsmaterial dienten in erster Linie Marktmilchproben; zeigten sich hierbei Anomalien, so wurden unter Beihilfe des Tierarztes von den betreffenden Milchlieferanten Stallmilchproben entnommen. Insgesamt gelangten 246 Milchproben zur Untersuchung. Der Keimgehalt, der in 239 Proben bestimmt wurde, schwankte zwischen 1200 und 9,250.000 und betrug im Durchschnitt 221.743 (Morgenmilch 215.862, Abendmilch 292.552, Mischmilch 218.623). 52·7% der Milchproben hatten Keimzahlen bis zu 50.000, 74·0% aller Proben hatten Keimzahlen bis 100.000 in 1 cm^3. Die Bakterien gehörten folgenden Arten an: Mikrokokken (242 Milchproben), Bact. Güntheri (227), Coli-Aerogenesbakterien (86), weiterhin Bact. fluorescens liquefaciens, Streptothrix chromogena und alba, ein der Streptothrix ähnlicher Organismus, Bact. Zopfii, Bac. vulgatus, verschiedene Aspergillenarten und Sarcinen (alba, lutea, vermicularis, aurantica) und ein dematiumähnlicher Organismus.

Die Leukozytenprobe ergab Sedimentmengen von Spuren bis zu 2·5%⁰. Bei 71·6% aller Milchproben überstieg die Sedimentmenge 0·5%. In 39·5% der untersuchten Milchproben wurden Streptokokken gefunden, in einigen davon (zirka 9%) tierische Streptokokken (Staketenform, kapselartige Umhüllung usw.) nach Ernst. Nach den erhaltenen Befunden wären von den 246 Milchproben 58 = 23·5% vom Konsum auszuschließen gewesen. Weitere 21% = 8·6% wären als verdächtig zu bezeichnen gewesen.

Die Katalaseprobe ergab bei keiner der untersuchten Milchproben Anlaß zu einer Beanstandung. Das schweizerische Lebensmittelbuch gibt an, daß Katalasezahlen von mehr als 40 verdachterregend auf krankhafte oder zu alte Milch seien, die von Thöni erhaltenen Werte erreichen den Maximalwert nicht, sondern liegen sämtlich zwischen 4 und 30, nur 11·3% der untersuchten Milchproben zeigten einen Wert von mehr als 20. Von diesen 27 Milchproben zeigten aber 25 eine abnorm hohe Leukozytenzahl, viele von ihnen eine sehr hohe Keimzahl, daß Thöni zu dem Schlusse kommt, daß der Maximalwert von 40 viel zu hoch gegriffen sei und daß bereits die Überschreitung der Zahl 20 die Milch verdächtig mache, wenigstens soweit es sich um die vorliegenden Proben handle. Berücksichtigt muß dabei noch werden, daß von den 23·5% der Milchproben, die auf Grund der Trommsdorfschen Probe zu beanstanden gewesen wären, noch nicht einmal die Hälfte den Katalasewert überschritt!

Die Prüfung auf Tuberkelbazillen in 212 Milchproben ergab bei 17 Proben = 8% ein positives Resultat, und zwar waren von 155 Einzelmilchproben 9 = 5·8% und von 57 Mischmilchproben 8 = 14·03% tuberkelbazillenhaltig. Diese Zahlen müssen unter Berücksichtigung der gegenüber anderen Produktionsorten sehr günstigen Aufzuchtbedingungen als unverhältnismäßig hoch bezeichnet werden.

Bei der Gärprobe wurden 62·7% der Milchproben als normal befunden, 26·0% zeigten ein zweifelhaftes, 11% ein abnormes Verhalten. Diese Zahlen weichen von denen der Leukozytenprobe zum Teil ab, wie folgende Gegenüberstellung zeigt: Normal 67·8%, zweifelhaft 8·6%, abnorm 23·5%.

Der Alizarolprobe wurden 85 Milchproben unterzogen. Von diesen zeigten 12 ein abnormes Verhalten, das auch durch die übrigen oben erwähnten Kriterien bestätigt wurde. Unter den übrigen 73 Proben, die auf Grund der Alizarolprobe als normale frische Milch zu bezeichnen waren, befanden sich, abgesehen von älterer (Abend-) Milch, auch solche, die bei der Leukozytenprobe usw. als abnorm befunden worden waren. Auf Grund dieser Ergebnisse ist die Alizarolprobe für Marktmilchuntersuchungen als ein wenig empfindliches Reagens zu taxieren.

Die Untersuchung auf das Vorkommen obligater Anaerobier ergab das Vorhandensein derselben in 24·4% der untersuchten (23) Milchproben. In 18·1% der Proben wurden Buttersäurebakterien, in 8% Putrifikusbakterien gefunden. Von den 58 Milchproben, die mit diesen Anaerobiern behaftet waren, zeigten sich nur 25 hinsichtlich der übrigen Kriterien als normal, während 33 in einer oder verschiedener Hinsicht als fehlerhaft bezeichnet werden mußten.

Die auf Grund der erhobenen abnormen Befunde vorgenommenen Stallinspektionen bestätigten das Vorhandensein von Kühen, die an Euterkrankheiten litten. In einigen Fällen wurden die Euter noch als normal befunden, während das Sekret bereits verändert war. Bei den Stallproben erwies sich die Katalaseprobe wie auch die Alizarolprobe als zuverlässiger wie bei den Marktmilchproben.

Die Frage, welche Probe bei den vorliegenden Untersuchungen als die zuverlässigste sich erwies, beantwortet Thöni dahin, daß die Leukozytenprobe in Verbindung mit der mikroskopischen Untersuchung des Sedimentes das empfindlichste Reagens war. Auch die Gärprobe ergab sehr gute Resultate. Die Keimzahlbestimmung ist zu zeitraubend, die Katalase- und die Alizarolprobe eignen sich zur Untersuchung von Marktmilch nicht, hingegen dürften sie zur Untersuchung von Stallproben gute Dienste leisten.

Jordan berichtet über die städtische Milchkontrolle in den Vereinigten Staaten. Hinsichtlich der Strenge und Exaktheit der Kontrolle steht die Stadt New York an der Spitze, im übrigen haben etwa $^3/_4$ der Städte über 25.000 Einwohner eine geordnete Milchkontrolle, die bei größeren Mitteln noch vervollkommnet werden könnte.

Nach Jacobsen ist die Milchkontrolle der Stadt Kristiania eine freiwillige und besteht aus einer Kontrolle am Orte der Produktion und in der Stadt. Die Kontrolle am Produktionsorte erstreckt sich auf die Prüfung der Stallungen und Untersuchung des Melkpersonales und der Kühe, die Stadtkontrolle berücksichtigt den Ausfall der Alkoholprobe, der Katalase-, Gär- und Reduktaseprobe sowie der Leukozytenprobe. Ferner werden Keim- und Leukozytenzählungen vorgenommen und schließlich noch Azidität, spezifisches Gewicht und Fettgehalt der Milch bestimmt. Die Arbeit gewährt selbst kein Bild über die Durchschnittsbeschaffenheit der Milch und darüber, ob seit Einführung der Kontrolle Verbesserungen eingetreten sind.

Hinsichtlich der Frage nach einem gesetzlich vorgeschriebenen Mindestfettgehalt der in den Städten zum Verkauf gelangenden Milch tritt Behre der Anschauung von Metzger entgegen, der von dieser Vorschrift nichts wissen will.

Engelhardt beschreibt einen Milchbehälter, der es ermöglicht, dauernd Milch von derselben Beschaffenheit zu erhalten, ohne daß eine Entmischung stattgefunden hätte. Der Apparat, der zirka 50 l faßt, wird von der Firma Ahlborn, Hildesheim, gebaut und stellt sich auf 70 M.

Analyse.

Tillmans, Splittgerber und Riffart (2) empfehlen als idealstes Konservierungsmittel für die Milch zu amtlichen Untersuchungszwecken Sublimat in einer Menge von 0·03 bis 0·04%. Andere Konservierungsmittel zeigten verschiedene Nachteile:

Thymol, Phenol, Kreosot und Fluornatrium besaßen geringe konservierende Kraft, nach 24 bis 48 Stunden trat Gerinnung ein. Bei Verwendung von Kaliumbichromat läßt sich wegen der starken Gelbfärbung der Milch eine genaue Bestimmung des Säuregrades nicht durchführen. Chloroform und Kreosot beeinflussen die chemische Zusammensetzung der Milch, Chloroform erhöht den Fettgehalt und die Refraktion, Kreosot bewirkt eine Abnahme des spezifischen Gewichtes. Thymol und Kreosot schwächen die Salpetersäurereaktion

stark ab, in geringem Maße auch Senföl und Phenol. Kaliumbichromat ist unbrauchbar, da derartig konservierte Milch auch ohne Zusatz von Nitrat stark positive Reaktion mit Diphenylamin gibt. Keines der angewandten Konservierungsmittel außer Quecksilberchlorid vermag die Zersetzung der Nitrate zu verhindern.

Trockensubstanz.

Bowditch und Bosworth bereichern unseren Schatz an Formeln zur Berechnung der Milchbestandteile um ein paar neue: die Trockensubstanz wird nach der Formel: $t = 1{\cdot}2\,f + \frac{\delta}{4}$ (f = Fettgehalt, δ = Laktodensimetergrade) ermittelt. Für die fettfreie Trockensubstanz r gilt demgemäß die Formel $r = 0{\cdot}2\,f + \frac{\delta}{4}$. Der Kaseingehalt soll sich aus dem Fettgehalte berechnen lassen: $C = 0{\cdot}4\,(f - 3) + 2{\cdot}1$. Gesamteiweißgehalt $E = \frac{5}{4}\,C$ oder $0{\cdot}4\,(f - 3) + 2{\cdot}8$. Zuckergehalt der Milch $= t - (f + E + 0{\cdot}9)$. Vorläufig erscheint es mir doch sicherer, wenn man sich mehr auf die analytischen Ergebnisse verläßt. Die vorliegenden Formeln sind zum Teil doch zu empirisch.

Fleischmann untersuchte, welche Näherungsformel für die Berechnung der Trockensubstanz der Milch die größte Genauigkeit aufweist. Er ging hierbei von seiner Formel aus und fand, daß die Herzsche Formel $t = \frac{4{\cdot}8\,f + d}{4} + 0{\cdot}25$ am besten diese Bedingung erfüllt. Bei einem spezifischen Gewicht der Milch von 1·025 und 1·040 stimmt die so erhaltene Trockensubstanz genau mit der nach der Fleischmannschen Formel überein, die größte Abweichung erfolgt, wenn s = 1·0325 ist, und beträgt 0·014%.

Zur Berechnung des spezifischen Gewichtes der Milch, wenn dieses nicht direkt bestimmt werden kann, empfiehlt von Sobbe folgende Formel: $d = 4\,r - f$. Hierbei bedeuten d die Laktodensimetergrade, denen die Zahl 1·0 vorauszustellen ist, r die fettfreie Trockensubstanz, f den Fettgehalt der Milch.

Eiweiß.

Pfyl und Turnau bestimmen das Kasein in der Milch titrimetrisch mit Hilfe des Tetraserums in folgender Weise: 50 cm³ Milch werden mit 5 bis 6 Tropfen einer 1%igen Phenolphthaleinlösung versetzt und mit karbonatfreier $\frac{n}{10}$-Lauge titriert. Weitere 50 cm³ Milch werden mit 5 cm³ Tetrachlorkohlenstoff in einer Stöpselflasche 10 Minuten geschüttelt mit genau 1 cm³ einer 10%igen Essigsäure, deren Azidität gegen $\frac{n}{10}$-Lauge genau bekannt ist, versetzt und nach

mehrmaligem Schütteln filtriert. 25 cm^3 des Serums werden wieder gegen Phenolphthalein titriert.

Man berechnet nun den Alkaliverbrauch von 25 cm^3 Milch + 0·5 cm^3 Essigsäure (a cm^3 $\frac{n}{10}$-Lauge). Hieraus, aus dem Alkaliverbrauch von 25 cm^3 Serum (b cm^3) und dem Fettgehalte der Milch (f), wird der Kaseingehalt in 100 cm^3 Milch nach folgender Formel berechnet:

$$\text{Prozent Kasein} = 0{\cdot}457\ (a - b\ .\ \frac{99{\cdot}3 - f}{100}).$$

Die Formel ist nur eine Näherungsformel, aber genügend genau. Das Verfahren ist auch für erhitzte Milch anwendbar.

Walker empfiehlt zur Bestimmung des Kaseins in der Milch die Formoltitration nach Sörensen in folgender Ausführung: 10 cm^3 Milch werden mit $\frac{n}{9}$ Natronlauge gegen Phenolphthalein auf Tiefrot titriert und somit der Säuregrad der Milch ermittelt, dann fügt man 2 cm^3 neutrale Formalinlösung hinzu und titriert nochmals bis zur gleichen Farbenstärke. Multipliziert man die bei dieser letzten Titration verbrauchte Anzahl cm^3 $\frac{n}{9}$ NaOH mit 1·63, so erhält man den prozentischen Kaseingehalt der Milch.

Nach Liwschütz gelingt es nicht, Kasein und Parakasein mittels der anaphylaktischen und der Präzipitationsmethode zu differenzieren. Mit Hilfe der Komplementbindungsmethode ist eine Differenzierung bedingt möglich (bei bekannten quantitativen Verhältnissen), zur Beurteilung der sogenannten Kaseinbröckel im Säuglingsstuhl aber ist sie ebenfalls ungeeignet. Im übrigen gelang es Liwschütz, auch in den Fäzes gut gedeihender Kinder „Kasein" nachzuweisen.

Meillère führt die Stickstoffbestimmung in der Milch derart aus, daß er zunächst nach der Kjeldahlschen Methode aufschließt, dann aber das gebildete Ammoniak mit Hypobromit zerlegt und den gebildeten Stickstoff bestimmt. Im übrigen empfiehlt Meillère, nicht nur den Eiweißstickstoff, sondern auch den Gesamtstickstoff in der Milch zu bestimmen.

Fett.

Bloor gefällt sich darin, die erprobten Milchfettbestimmungsmethoden, die leicht ausführbar sind, zu ignorieren und eine Methode zu empfehlen, die den Wert ganz veralteter Methoden besitzt. Aus 1 cm^3 Milch wird das Fett durch Erhitzen mit Alkoholäther extrahiert, die alkoholisch-ätherische Lösung wird in Wasser gebracht und die entstehende Trübung mit der aus einer Trioleinlösung von bekanntem Gehalte verglichen.

Oven gibt zunächst eine nicht sehr klare Schilderung der bisher existierenden Methoden zur Fettbestimmung in der Milch, um schließ-

lich 2 neue Methoden anzupreisen. Die eine ist eine schon bekannte Modifikation der Röse-Gottliebschen Methode, die Milch wird mit 1 cm³ Ammoniak und je 25 cm³ Äther und Petroläther ersetzt, nach dem Schütteln werden 1·5 g Tragantpulver hinzugesetzt und wieder geschüttelt. Von der Äther-Petroläther-Fettlösung werden 25 cm³ in üblicher Weise (Verdampfen, Trocknen, Wägen) weiter behandelt. Durch Multiplikation mit 20 erhält man den Fettgehalt der Milch. Für ganz exakte Bestimmungen wird der Fettgehalt nach folgender Formel berechnet: $f = \frac{500\,a}{25 - 0{\cdot}928\,a}$, wobei f den Fettgehalt der Milch, a die gewogene Fettmenge bedeuten. Die zweite Methode soll als Ersatz für die Gerbersche Methode dienen, für solche Analytiker, die nur selten Milchfettbestimmungen ausführen und keine Zentrifuge anschaffen wollen. Hierzu dient ein Butyrometer, das aus einem Skalenrohr mit beiderseitigen kugeligen offenen Erweiterungen, die je 20 cm³ Inhalt haben, und durch Gummipfropfen verschließbar sind, besteht. Die eine Kugel wird verschlossen und mit 9 cm³ Milch beschickt. Dann bringt man unter Schütteln soviel Schwefelsäure hinzu, bis der obere Teilstrich der Skala erreicht ist. Nach wiederholtem Umschütteln wird auf 17° abgekühlt, mit Schwefelsäure bis zum obersten Skalenstrich aufgefüllt und mit 10 cm³ Petroläther versetzt. Nun wird das Butyrometer verschlossen, unter fortwährendem Steigen geschüttelt und schließlich wieder so aufgestellt, daß die ursprünglich unten befindliche Kugel sich wieder unten befindet. Dann liest man ab, wieweit die Petrolätherfettschicht in die Skala hineinreicht, und erhält so den prozentischen Fettgehalt der Milch. Wie Oven selbst zugibt, ist diese Methode nicht geeignet, die Gerbersche Methode zu verdrängen.

Blanck (2) stellte vergleichende Untersuchungen mit den Methoden zur Rahmfettbestimmung nach Röse-Gottlieb, Vieht, Gerber (Verdünnungsmethode) und Sichler an. Die 3 letztgenannten Methoden ergaben unter sich nahezu übereinstimmende Resultate, die aber stets höher ausfielen als nach der Röse-Gottliebschen Methode.

Für die Fettbestimmung in homogenisierter Milch nach Gerber empfehlen Burr und Weise (2) zweimaliges Zentrifugieren, bei der Bestimmung nach Röse-Gottlieb zweimaliges Ausschütteln mit Äther-Petroläther. Als Homogenisationsgrad bezeichnen sie diejenigen Fettmengen in Prozenten des Gesamtfettes, die nach der spontanen Aufrechnung nach 72 Stunden in der unteren Milchflüssigkeit zurückbleiben.

Teichert empfiehlt zur Bestimmung des Fettgehaltes in Trockenmilch die Trockenmilchbutyrometer der Firma Funke u. Co, Berlin. In die Butyrometer gibt man 10 cm³ Schwefelsäure, 8 cm³ Wasser und 1 cm³ Amylalkohol, dann werden 2·5 g Trockenmilch hinzugefügt. Die weitere Behandlung ist die gleiche wie bei der Fettbestimmung in Milch. Die Resultate sind für die Praxis hinreichend genau.

Utz untersuchte mehrere Trockenmilchpulver. Für die Fettbestimmung ist nicht jedes Verfahren brauchbar. Nach seinen Angaben scheinen in erster Linie anwendbar zu sein das Röse-Gottliebsche und das Bondzynski-Ratzlaffsche Verfahren. Das letztere ist besonders empfehlenswert bei Milchpulvern, bei denen sich eine Fettspaltung bemerkbar gemacht hat. Das Polenskesche Verfahren (Aufschließen mit Schwefelsäure und Extraktion mit Äther-Petroläther) ergab gleichfalls befriedigende Resultate. Mit dem Gerberschen Verfahren wurden keine befriedigenden Ergebnisse erzielt.

Herramhof (1) hat ein Butyrometer konstruiert, das in erster Linie für Käsefettbestimmungen gedacht ist, sich aber auch für Fettbestimmung in Trockenmilch, Rahm usw. eignen soll. Hoffentlich erreicht die Fabrikationswut bald ein Ende.

Zucker.

Rosemann stellte fest, daß die spezifische Drehung des Milchzuckers durch Ammoniumsulfat herabgesetzt wird. Diese Depression beträgt beim Sättigungspunkte der Lösung mit Ammoniumsulfat zirka 1·87% (spezifische Drehung von 52,53 auf 51,55), was einem gleich hohen Fehler in der Zuckermenge entspricht. In Milch mit 4 bis 6% Zucker ergibt sich danach ein Fehler von 0·07 bis 0·11%. In der Praxis der Milchzuckerbestimmung wird man aber von einer dahinzielenden Korrektur absehen können, da nach den Untersuchungen von Kretschmar das Salkowskische Verfahren von vornherein schon höhere Werte liefert.

Cole modifiziert die Zuckerbestimmung (Milchzucker und Traubenzucker) in der Weise, daß er die Menge des nicht reduzierten Kupfers mit Jodkalium reduziert und das hierbei sich abscheidende Jod mittels Thiosulfats bestimmt. In derselben Weise wird die Kupferlösung ohne Zucker behandelt, aus der Differenz ergibt sich die reduzierte Kupfermenge, aus welcher der Zuckergehalt zu berechnen ist.

Hatta empfiehlt zur Zuckerbestimmung in kleinen Milchmengen eine Modifikation der Kumagava-Sutoschen Methode. Als Lösungen kommen zur Verwendung eine solche, die 0·8556 g $CuSO_4.5H_2O$ im Liter enthält (I) und eine, die je 4·2 g Natriumtartrat und Ätzkali in 1 l Ammoniakwasser besitzt, mit diesen Lösungen soll man noch 1 mg Zucker nachweisen können. Nötige Milchmenge: 0·5 bis 1 cm^3.

Kreatinin.

Zur Bestimmung des Kreatinins schlägt Folin die kolorimetrische Methode mittels Pikrinsäure + Alkali vor: 10 cm^3 Milch werden im Schüttelzylinder mit gesättigter Pikrinsäurelösung auf 50 cm^3 verdünnt, mit noch 1 g trockener Pikrinsäure versetzt, nach dem Umschütteln zentrifugiert und filtriert. Als Vergleichslösung dient eine Lösung von 0·2 mg Kreatinin in 100 cm^3 gesättigter Pikrinsäurelösung, die mit Pikrinsäure entsprechend verdünnt wird. Um

auch Kreatin zu bestimmen, werden 10 cm³ des Filtrates im Autoklaven 20 Minuten auf 120° erhitzt, nach dem Abkühlen mit gesättigter Pikrinsäurelösung auf 25 cm³ aufgefüllt und mit 1·25 cm³ einer 10%igen Natronlauge versetzt.

Verwässerung und Zusätze.

Kooper stellte Untersuchungen über die Viskosität der Milch an. Er benutzte für seine Untersuchungen eine Hahnbürette, die eine 15 cm lange Kapillare trägt und die von einem Temperiermantel umgeben ist. Beziehungen zwischen spezifischem Gewicht und Fettgehalt einerseits und der Viskosität andrerseits konnten nicht aufgefunden werden, hingegen ergaben sich deutliche Parallelen zwischen Trockensubstanz und Viskosität, wenigstens soweit Mischmilch in Frage kommt. Aus den Resultaten an 50 Milchproben berechnet Kooper eine Konstante $\frac{v}{t} = 0{\cdot}1384$, wobei v die Viskosität der Milch, bezogen auf Wasser = 1, und t die Trockensubstanz der Milch bedeutet. Für reine unverwässerte Milch würde sich dann die Trockensubstanz nach der Formel $\frac{v}{0{\cdot}1384} = t$ berechnen lassen. Bei Wasserzusatz würde sich, da der Trockensubstanzgehalt rascher sinkt als die Viskosität, je nach der Größe desselben zwischen der so berechneten und der tatsächlichen Trockensubstanz eine mehr oder weniger große Differenz ergeben. Ist eine solche vorhanden, läßt sich auf eine Verwässerung, eventuell auch auf einen Magermilchzusatz schließen. In diesem Falle würde sich die Art der Verfälschung durch das spezifische Gewicht zu erkennen geben. Falls diese Methode Eingang finden sollte, möchte ich vorschlagen, nicht $\frac{v}{t} = k$, sondern $\frac{t}{v} = k$ zu setzen und die Trockensubstanz durch die sich daraus ergebende Formel $t = v \times k$ zu berechnen.

Herramhof (2) empfiehlt zum Nachweise einer Wässerung der Milch die Bestimmung des spezifischen Gewichtes des Spontanserums. Seiner Behauptung, daß das spezifische Gewicht des Serums sich bei der Aufbewahrung während mehrerer Tage nicht ändert, kann ich auf Grund von Versuchen, die ich vor zirka 4 Jahren anstellte, nicht beipflichten. Ich fand bei vollkommen klaren Seren (Buttermilch) stets eine Abnahme des spezifischen Gewichtes, selbst bei der Aufbewahrung im Eisschrank. Viel sicherer ist die Aschenbestimmung des Spontan- oder Essigsäureserums, die doch ebenfalls sehr leicht ausführbar ist.

Beer kann die Stallprobe nicht als geeignet zur Feststellung einer Verfälschung anerkennen, er betrachtet sie nicht als Be-, sondern als Entlastungsprobe.

Koning und Mooij halten die Stallprobe für ein wertvolles Hilfsmittel zum Nachweise einer Fälschung, wenn man sich nicht ausschließlich auf eine Bestimmung des Fettgehaltes beschränkt. Nötig sind vielmehr noch vergleichende Bestimmungen des spezifi-

schen Gewichtes der Milch und des Serums, der fettfreien Trockensubstanz, des Zuckergehaltes sowie des Gefrierpunktes, der Refraktion und der Polarisation. Von diesen Werten können das spezifische Gewicht des Serums und die Refraktion geringe Schwankungen aufweisen, während die übrigen Werte größere Neigung zur Konstanz zeigen.

Lührig betont weiterhin seinen ablehnenden Standpunkt gegenüber der refraktorischen Untersuchung des Chlorkalziumserums.

Windisch bestimmte die Refraktion im Chlorkalziumserum der Milch einer Herde von 32 Kühen in 100 Proben zu durchschnittlich 39·4. Der niedrigste beobachtete Wert war 37·9 und trat je einmal in Morgen- und Abendmilch auf. Im größten Teile der Proben traten Werte zwischen 39 und 40 auf. Bei der Einzelmilch von Kühen wurde als niedrigster Wert 38·7 beobachtet, der höchste Wert 41·25. In der Milch frischmilchender Kühe wurden Werte zwischen 38 und 39 beobachtet.

Weitere Untersuchungen an Marktmilchproben ergaben, da keine Stallmilchproben gezogen wurden, Werte, aus denen man nichts für oder gegen die Brauchbarkeit der Methode erfahren kann.

Zum Nitratnachweis in der Milch bringt Fritzmann sein Verfahren mit Formalinschwefelsäure in empfehlende Erinnerung. Tatsächlich kann das Verfahren nur empfohlen werden. Formalinschwefelsäure ist von Gerbers Co., Leipzig, erhältlich.

Zum Nachweise außerordentlich geringer Mengen von Borsäure in der Milch (0·01% und weniger) ist nach Kühl ein Veraschen der Milch unumgänglich nötig, bei größeren Mengen, wie sie den praktischen Verhältnissen entsprechen, genügt es, die Milch (50 cm³) mit 1 bis 2 cm³ Salzsäure (s = 1·125) zur Koagulation zu bringen und das Serum mit Kurkumapapier zu prüfen. Durch Zusatz von 5 bis 10 cm³ einer 10%igen Oxalsäurelösung zu der Milch wurden die erhaltenen Farbentöne erheblich verstärkt. (Empfindlichkeitsgrenze: 0·2 bis 0·3% Borsäure.)

Gesundheit, Sauberkeit, Frische.

Nach Brudny ist die Leukozytenprobe unter allen anderen Methoden zur Untersuchung der Milch mastitiskranker Kühe die einzige, die die Erkennung der kranken Tiere mit einfachen Mitteln in kürzester Zeit gestattet, zu einer Zeit, wo die klinische Untersuchung noch keine Erkrankung des Euters anzeigt. Er verwendet bei seinen Untersuchungen beiderseits offene Röhrchen, die zwischen 2 Lederscheiben fest eingespannt werden können. Die obere Scheibe ist durchbohrt, durch diese Öffnung wird die zu untersuchende Milch eingefüllt und nach dem Zentrifugieren der Rahm entnommen. Der Zweck der Abänderung ist, eine gründlichere Reinigung der Kapillare zu ermöglichen.

Nach Bahr ist die Höybergsche Roselsäureprobe als eine Stallprobe zur Untersuchung der Milch einzelner Striche zu empfehlen, bei der Gesamtmilch einer Kuh und in noch höherem Maße bei Misch-

milch versagt sie. Sie verläuft annähernd parallel mit der Katalase- und der Leukozytenprobe, ist aber weniger empfindlich als diese. Dafür hat sie den Vorzug vor diesen, erheblich einfacher und leichter als diese ausführbar zu sein. Die Reduktaseprobe steht in keinem Verhältnis zum Bakteriengehalt der Milch. Die mit Rosolsäure reagierenden Milchproben enthielten in den meisten Fällen zahlreiche Bakterien, reichliche Mengen von Leukozyten und Fibrin, nur in einzelnen Fällen traf dies nicht zu. Beweisend kann der Befund nicht ohneweiters sein, es empfiehlt sich stets noch die mikroskopische Untersuchung des Bodensatzes.

Devarda vermag der Alizarolprobe von Morres keinen Wert für die Marktkontrolle zuzuerkennen, für diese genüge die Alkoholprobe vollauf. Morres (1) widerspricht dem, indem er behauptet, daß die Flockenstärke unter Umständen kein wahres Bild von dem Säuregrade der Milch gebe, diese sei von verschiedenen Faktoren, z. B. der Art des Schüttelns, abhängig. In solchen Fällen gebe eben der Farbenton des Alizarins den Umfang der Säuerung an. Er weist ferner auf die praktische Bedeutung der Erkennung der gemischten und der reinen Labgärung hin und betont, daß es auch möglich sei, mit Hilfe der Alizarolprobe die Milch euterkranker Tiere als solche zu erkennen.

Löhnis (4) versuchte die Titration der Milch mit Alkohol von verschiedener Stärke bis zum Eintritt einer Ausflockung zur Feststellung des Frischezustandes. Die Menge Alkohol, die bei Verwendung von 2 cm^3 Milch eine Ausflockung eben herbeiführt, nennt Löhnis die Alkoholzahl. Es ergaben sich Beziehungen zwischen Alkoholzahl und Bakteriengehalt der Milch. Milch mit niedrigem Keimgehalt braucht bis zum Eintritt der Flockenbildung mehr als 4 cm^3 80%igen Alkohol, Milch mit mittlerem Keimgehalt 2 bis 4 cm^3 Alkohol, mit hohem Keimgehalt weniger als 2 cm^3. Vorausgesetzt wird Mischmilch. Einzelmilch zeigt große Schwankungen.

Auzinger weist auf die Beziehungen zwischen dem Ausfall der Alkoholprobe und dem Kalkgehalte der Milch hin und betont, daß die doppelte Alkoholprobe für die Milch von Höhenvieh entschieden zu scharf ist. Die von Löhnis angeregte Titration der Milch mit Alkohol werde besser durch die Säuregradsbestimmung ersetzt.

Kooper (2) vermag der Alkoholtitration keinen besonderen Wert beizumessen.

Zum Nachweise von Reduktase in der Milch benutzen Bertin-Sans und Gaujoux folgendes Reagens: 20 cm^3 Milch, 3 Tropfen einer Fuchsinlösung, die im Liter 50 cm^3 0·5%iger alkoholischer Fuchsinlösung enthält, und 5 Tropfen einer Methylenblaulösung, die 0·25 g Methylenblau im Liter enthält. Die graublaue Mischfarbe schlägt nach der Reduktion in Rosa um. Frische Milch darf in 7 Stunden nicht entfärben, entfärbt die Milch in 1½ Stunden, ist sie suspekt, in 45 Minuten, ist sie zur Säuglingsernährung ungeeignet. Pasteurisierte Milch darf nach 7 Stunden nicht entfärbt sein.

Morres (2) wiederholt seine schon vor Jahren erhobene Forderung, die Säuregrade einheitlich anzugeben. Am liebsten sähe er es, wenn die Azidität der Milch in Soxhletschen Graden angegeben werden würde, schließlich bequemt er sich doch zu den viel geläufigeren Soxhlet-Henkelschen Graden. Um Material zu sparen, empfiehlt er, nicht 50 cm³ mit $\frac{n}{4}$ Lauge, sondern 20 cm³ Milch mit $\frac{n}{10}$ Lauge zu titrieren und das erhaltene Resultat zu verdoppeln. Der sonstigen Anschauung, daß es am richtigsten wäre, die Dornicschen Säuregrade für die Aziditätsbestimmung zu wählen, kann ich nicht zustimmen, da eben, wie auch Morres zugibt, nicht alles in der Milch Milchsäure ist, was sauer reagiert.

Milch als Nahrung.

Nach Untersuchungen Wolfsbergs am Hunde bewirkt Milch ebenso wie Fleisch und Bouillon ein der Nahrungsmenge proportionales Steigen der Verdauungssäfte.

Nach Untersuchungen von Huenekens ist die Azidität im Mageninhalte von Kindern nach Milchnahrung sehr schwach sauer: 1×10^{-5} und geringer als bei gemischter und Fleischnahrung. Diese Erscheinung wird damit erklärt, daß die Milch einen geringen Sekretionsreiz ausübt und stark säurebindend ist.

Gaucher (1) stellte durch Ausheberungsversuche fest, daß bei der Ernährung mit Kuhmilch eine größere Magensaftsekretion erfolgt als bei der mit Frauenmilch (zirka 45% des Verdauungsgemisches bei Kuhmilch gegenüber 30 bis 35% bei Frauenmilch). In denselben Abständen bewegen sich dementsprechend die Labkraft und die Eiweißverdauung.

Sherman, de Witt und Lohnes fanden bei mit Ziegenmilch ernährtem Säuglingen nach 1 Stunde eine geringere Flüssigkeitsmenge im Magen, die eine geringere Azidität besaß als bei Kuhmilchkindern. Der Ansatz ging gleichmäßiger und rascher bei den ersteren vonstatten wie bei den letzteren. Kuhmilch wurde von den Säuglingen besser aufgenommen als Ziegenmilch.

Niemann weist auf die Unstimmigkeiten hin, die hinsichtlich des Fettgehaltes der Nahrung zwischen künstlich und natürlich ernährtem Säugling bestehen und die durch die zweifellos bestehenden Schädigungen des Kuhmilchfettes gerechtfertigt erscheinen. Für diese macht er den hohen Gehalt des Kuhmilchfettes an niedermolekularen Fettsäuren verantwortlich, worauf ich übrigens schon im Jahre 1910 hingewiesen habe (Chemie und Physiologie der Milch, S. 316). Niemann schlägt daher vor, aus dem Kuhmilchfett diese Säuren zu entfernen. Der Weg, den er zu diesem Zwecke einschlägt, muß aber als durchaus verfehlt angesehen werden. Er knetet frische Butter mehrfach mit Wasser aus und emulgiert diese mit Magermilch. Er bedenkt dabei nicht, daß die niedermolekularen Fettsäuren der Butter ebenso wie die hochmolekularen esterartig an Glyzerin gebunden sind und in dieser Form sich in Wasser schlechterdings nicht lösen.

Wäre das der Fall, so würde die Magermilch solche Säuren in recht beträchtlicher Quantität enthalten und die Arbeit des Butterwaschens wäre ganz umsonst. Die von Niemann vorgeschlagene Säuglingsnahrung hat folgende Zusammensetzung: 500 g Magermilch, 500 g 5%ige Mondaminabkochung, 50 g Butter, 50 g Malzextrakt. Wenn bei dieser Kombination: Magermilch — Butter bessere Resultate erzielt wurden als bei der Verabreichung von Vollmilch, so liegt das ganz sicher nicht an der „Entfernung" der niedermolekularen Säuren.

Von der Schloßmannschen Annahme ausgehend, daß der Ersatz des Fettes durch Kohlenhydrate in der Säuglingsnahrung zum mindesten unökonomisch sei, suchte Peiser festzustellen, welche Fettart als Zusatz zu einer fettarmen Nahrung (Buttermilch beziehungsweise Milchmehlmischung) zu bevorzugen sei. Verwendet wurden Butter, Sahne, Lebertran, Sesamöl, Lipanin, das Öl süßer Mandeln, Ramogen, Phosphorlebertran, Palmin. Es zeigte sich, daß Butter und Sahne, also Kuhmilchfett, am schlechtesten vertragen wurden. Lebertran zeigte die besten Erfolge.

Osborne und Mendel bestätigen ihre früheren Versuche, welche zeigten, daß Ratten, die durch eine künstliche Nahrung in ihrem Wachstum vollkommen gehemmt waren, sofort in normaler Weise wuchsen, sobald ihrer Nahrung Butterfett zugelegt wurde. Diese wachstumsfördernde Kraft kommt dem Butterfett selbst zu, und ist, da das verwendete Butterfett frei von Stickstoff und Phosphor war, nicht etwa den Lipoiden (Lezithin) zuzuschreiben. Ob und wie weit Vitamine im Sinne von Funk mitwirken, kann noch nicht als entschieden gelten.

Aus den Untersuchungen von Lederer interessieren in erster Linie die an Säuglingen angestellten Versuche über den Einfluß des Wassers auf die Ernährung. An jungen Hunden war zunächst gezeigt worden, daß eine wasserreiche Ernährung (ausschließliche Kuhmilchernährung jenseits der Säuglingsperiode) die physiologische Austrocknung des Organismus verhindert und selbst zu einer Vermehrung des Wassergehaltes des Blutes führt, aber auch die ausschließliche Brusternährung über die Säuglingsperiode hinaus wirkt in demselben Sinne. Die gleichen Beobachtungen wurden dann auch bei Säuglingen gemacht. Auch hier wurde durch übermäßige Milchernährung die physiologische Austrocknung verhindert.

Progulski machte mit durch H_2O_2 sterilisierter Frauenmilch (Dauermilch) sehr gute Erfahrungen. Frauenkolostrum kann wegen ihres hohen Gehaltes an Katalase nicht sterilisiert werden.

Gegenüber der Ernährung mit unverdünnter oder verdünnter roher Kuhmilch bei Säuglingen, die sehr schlechte Resultate ergab, zeigte die mit 25 bis 30 g Rohrzucker versetzte Rohmilch nach Untersuchungen von Variot und Monod erheblich bessere Resultate. Immerhin wurde nicht der Effekt erzielt, der bei sterilisierter und homogenisierter Milch erhalten wurde. Die Rohmilch wird von den genannten Autoren beschuldigt, die Rachitis zu begünstigen. Mit sterilisierter Milch wurden derartige Symptome nie beobachtet. (Für die Franzosen ist es geradezu charakteristisch, wie sehr die hoch-

gradig erhitzte Milch [sterilisierte, kondensierte, Trockenmilch] als ideale Säuglingsnahrung hingestellt wird; daß die eminenten, zweifellos auch in Frankreich auftretenden Schädigungen, die im Gefolge der Ernährung mit solcher malträtierten Milch auftraten, einfach negiert, zum mindesten aber ignoriert werden, das muß wundernehmen. Ref.)

Finicio glaubt Trockenmilch zur Ernährung gesunder und kranker Säuglinge empfehlen zu können.

Unter den nach verschiedenen Systemen getrockneten Milcharten gibt Pritchard (2) der Trockenmilch nach Bevenot de Neveu den Vorzug. Nach diesem Verfahren wird die vorgedickte Milch unter hohem Druck durch ein Düsensystem in eine von außen geheizte Trockenkammer gepreßt, wo den staubfeinen Tröpfchen fast augenblicklich alles Wasser entzogen wird. Das Pulver soll rein weiß gefärbt sein und seine Lösung mit Lab gerinnen.

Mazé und Pettit konstatierten, daß Kaninchen, die ausschließlich mit Trockenmilch gefüttert wurden, an Nephritis und Leberzirrhose zugrunde gingen. Diese Veränderungen werden direkt auf eine veränderte Darmflora zurückgeführt.

Gaucher (2) führt die Unfähigkeit vieler Personen, Milch zu genießen, darauf zurück, daß sie im Magen zu einem derben Klumpen gerinnt, ohne jedoch verdaut zu werden. Bei ungenügender Magenmotilität findet keine genügende Zerkleinerung des Gerinnsels und Entfernung in den Darm statt, so daß gastrointestinale Beschwerden hervorgerufen werden. In solchen Fällen empfiehlt Gaucher den Zusatz von Antilab zur Milch, das die derbe Gerinnung verhindert. Auch für Säuglinge soll diese Milch zu empfehlen sein.

Poulsen untersuchte die „Kaseinbröckel" im Säuglingsstuhle. Sie bestehen in der Hauptsache aus Fett und Eiweiß. Der Fettgehalt richtet sich nach dem Fettgehalte der Nahrung. Das Eiweiß ist aller Wahrscheinlichkeit nach Parakasein.

Benjamin mißt dem Auftreten von „Kaseinbröckeln" im Stuhle von Kuhmilchkindern eine besondere Bedeutung bei. Nach seiner Ansicht ist diese Erscheinung das äußerlich sichtbare Zeichen einer gestörten Eiweißverdauung: „Jene Säuglinge, die bei der rohen mit Magenmilch bereiteten Eiweißmilch große Mengen Kasein im Stuhle ausscheiden, gedeihen auch bei der Ernährung mit dem gewöhnlichen Präparat (Vilbel) schlecht". Die „Schwerverdaulichkeit" des Kuhmilchkaseins als solches spielt hier nur eine sekundäre Rolle, sie ist das Symptom einer Erkrankung, das wahrscheinlich mit Störungen der Erledigungen der Milch im Magen im Zusammenhange steht, das aber mit dem Wesen des eigentlichen Krankheitsprozesses nichts zu tun hat. Hinsichtlich des Stickstoffwechsels wurde beobachtet, daß der gesunde Säugling ihm mit der Nahrung im Überschusse zugeführtes Eiweiß entweder gar nicht oder nur in ganz geringem Maße zum Wachstum verwendet, während der kranke (dyspeptische) Säugling, dem steigenden Angebot entsprechend, Stickstoff retiniert, auch wenn die Reparation durch leichtere Störungen aufgehalten wird. Erst schwere Schädigungen führen zu einer Beeinträchtigung von Ausnutzung und Retention.

Im Stuhle von Brustkindern fanden Bahrdt und Mac Lean sehr große Mengen freier flüchtiger Fettsäuren, während im Stuhle gesunder Kuhmilchkinder keine solchen zu finden waren. Säuglinge mit gemischter Ernährung standen zwischen beiden. Die Menge der gebundenen flüchtigen Fettsäuren war bei Brustmilchkindern erheblich höher als bei Kuhmilchkindern. Im Magen liegen die Verhältnisse gerade umgekehrt, hier haben die Kuhmilchkinder den bei weitem höheren Gehalt an flüchtigen Fettsäuren. Dieser Unterschied läßt sich zwanglos erklären, indem die im Mageninhalte gefundenen flüchtigen Fettsäuren als Spaltungsprodukte des Milchfettes anzusehen sind und das Kuhmilchfett bei weitem mehr flüchtige Fettsäuren enthält als das Frauenmilchfett, während die im Darm entstehenden flüchtigen Fettsäuren als bakterielle Spaltprodukte des Zuckers und der höheren Fettsäuren anzusehen sind. Zulagen von Zucker und Fett zu den Kuhmilchmischungen bewirken keine Bildung freier Fettsäuren im Darme. Bei Verdauungsstörungen akuter Art waren auch bei Kuhmilchernährung freie flüchtige Fettsäuren im Stuhle zu beobachten, allerdings in geringerer Menge wie bei Brustkindern.

Nach Untersuchungen von Knox, Mason und Tracy ist die Phosphorsäureausscheidung im Tagesharn des Kuhmilchsäuglings größer als beim Brustsäugling.

Im Stuhle gesunder Brustkinder fand Logau bei weitem überwiegend Bacterium bifidus, in geringerer Menge Kokken und Laktose vergärende Bazillen, während Bakterien, die Laktose nicht vergären, fehlten. Diese traten hingegen bei Kuhmilchkindern auf, die Bifidusflora trat hier merklich zurück, während Bacillus acidophilus vorherrschend war. Zwiemilchkinder standen in der Mitte zwischen beiden.

Basten konnte im Stuhle von künstlich und natürlich ernährten Säuglingen keine so großen Unterschiede in der Bakterienflora finden, wie seinerzeit Tissier. In beiden Fällen prädominierten Bac. bifidus und Bac. acidophilus. Weiterhin wurden Koli- und Aerogenesbakterien sowie Milchsäurestreptokokken gefunden. In einzelnen Fällen wurden Hefen, Heubazillen, Staphylococcus albus und pyogenes gefunden, in zahlreichen Fällen (40%) auch Bac. perfringens, die letzteren scheinen sich im Stuhle nur in Sporen vorzufinden.

Beveridge empfiehlt für den Tropenverkehr die ungezuckerte kondensierte Milch. In gezuckerter Milch machen sich bräunliche Verfärbungen bemerkbar, die durch sporenbildende Säureerreger bewirkt werden. Wahrscheinlich spielt auch das Eisen eine Rolle bei dieser Erscheinung. Infolge der Säuerung nimmt die Milch eine dickere und festere Konsistenz an.

Milchpräparate.

Bahrdt und seine Mitarbeiter berichten jetzt ausführlich über ihre Erfahrungen mit der Friedenthalschen Milch. Ihre Herstellung

erfolgte genau in der von Friedenthal angegebenen Weise: 330 g rohe Magermilch werden mit 660 g Wasser, 58 g Milchzucker, 1·8 g Molkereizusatzsalz (Bezugsquelle Dr. Laboschin, Berlin NW., Levetzowstr. 23) und soviel pasteurisiertem Rahm versetzt, daß die Mischung 4·5% Fett enthält. Vor dem Rahmzusatz wird die Magermilchmischung 3mal durch eine Zentrifuge geschickt, um die Bakterien nach Möglichkeit auszuschleudern. Das fertige Gemisch ist auf 40° zu erwärmen, aber nicht zu kochen. Aufbewahrung in der Kälte. Die Milch hatte folgende Zusammensetzung: Trockensubstanz 13·5%, Asche 0·4%, Eiweiß 1·6%, N 0·278%, Fett 4·83%, Zucker 7%, Kalorien im Liter 770. Die an einer großen Zahl von Säuglingen ausgeführten Untersuchungen ergaben, daß die Friedenthalsche Milch zur Ernährung da geeignet ist, wo Frauenmilch fehlt und daß sie bei schwächlichen und kranken Kindern bessere Erfolge verspricht als einfache Milchverdünnungen.

Modigliani machte gute Erfahrungen mit Finkelsteinscher Eiweißmlich bei Dyspepsien, insbesondere auch als Zusatznahrung bei dyspeptischen Brustkindern. Bei Bilanzstörungen waren weniger gute Resultate zu erzielen (gute Stühle, aber keine Gewichtszunahme). Als Dauernahrung bei Neugeborenen ist die Eiweißmilch keinesfalls zu empfehlen.

Sluka und Sperk fanden, daß die mit Eiweißmilch behandelten Säuglinge in der Klinik weniger gut gediehen als bei der ambulanten Behandlung.

Leopold empfiehlt die Schloßsche molkenadaptierte Milch.

Ostrowski verwendete Larosanmilch in Verbindung mit Frauenmilch in mehreren Fällen von Dyspepsie, Intoxikation, Rachitis und bei gesunden Kindern. Nach seinen Erfahrungen ist dieses Präparat bei Dekomposition, Dyspepsie und in geringerem Maße auch bei Intoxikation indiziert; als diätetisches Mittel leistet es auch bei gesunden Säuglingen als Nahrungszusatz zur Frauenmilch wertvolle Dienste.

Auch Wegener empfiehlt die Larosanmilch als Ersatz für die Eiweißmilch.

Beck erzielte mit diesem Präparat ebenfalls gute Erfolge.

Das von Wolff und Co, Elberfeld hergestellte Trikalkol hat nach Weih vor den anderen Eiweißmilchpräparaten den Vorteil, daß es eine Nahrung mit doppelt so hohem Kalk- und Phosphorsäuregehalt vorstellt. Er erzielte sehr günstige Erfolge bei Spasmophilie, Rachitis und akuten Ernährungsstörungen, die Frauenmilch vermag das Präparat jedoch nicht zu ersetzen.

Kern und Müller empfehlen folgende Herstellungsweise von Eiweißmilch: 1 l Buttermilch + 1 l Wasser werden zum Sieden erhitzt, nach dem Erkalten wieder auf 2 l aufgefüllt. Nach dem Absitzen des Kaseins werden 1125 cm³ Molke abgegossen und 125 cm³ 20%iger Sahne hinzugefügt. (Diese Milch kann mit der Finkelsteinscher Milch nicht identifiziert werden. Diese stellt gleichzeitig ein kalk-

reiches Nahrungsmittel vor, da bei der Labgerinnung der Milch der größte Teil des Kalkes in das Gerinnsel übergeht. Bei Verwendung von Buttermilch [saurer] hingegen wird ein großer Teil des Kalkes mit der Molke entfernt. Die nach Kern und Müller erhaltene Eiweißmilch ist demnach wesentlich kalkärmer als die Finkelsteinsche Milch, was bei der Ernährung der Säuglinge wohl berücksichtigt werden möchte! Ref.)

Jetzt beginnt auch die vegetabile Milch in die Konkurrenz mit der animalischen Milch treten zu wollen. Fischer stellte vergleichende Verdauungsversuche mit Kuhmilch einerseits, mit Mandel- und Paranußmilch anderseits an. Diese Pflanzenmilch wurde in folgender Weise hergestellt. Je 250 g süßer Mandeln oder geschälter Paranüsse wurden mit kochendem Wasser gebrüht, die Haut abgezogen und die Mandeln getrocknet. Dann werden sie in einer Mandelmühle gerieben und dann im Mörser mit 3 bis 4 Löffeln kaltem Wasser so fein als möglich gestoßen und verrieben, die Masse in eine Schüssel gegeben und mit dem Rest des an 1 l fehlenden Wassers verrührt. Dann wurde die Mischung 2 Stunden kaltgestellt und durch ein feines Tuch getrieben. Die Milch war nun trinkfertig. Da sie leicht vergärt, wird sie am besten auf Eis aufbewahrt.

Die mittlere Zusammensetzung der so erhaltenen Präparate war folgende:

	Fett	Kohlehydrate	Asche	Kochsalz	Trockensubstanz	Kalorien	Spez. Gewicht
	in Prozenten						
Mandelmilch	8·10	1·0633	0·49	0·0067	12·96	91	1·0098
Paranußmich	10·70	0·7916	0·52	0·0084	14·90	114	1·0037
Kuhmilch . .	3·40	4·7	0·7	0·175	12·20	64	1·028—34

Der Eiweißgehalt wurde zu 2·31% beziehungsweise 2·88% gefunden.

Die an Pawlowschen Fistelhunden angestellten Versuche ergaben, daß die geprüften Pflanzenmilcharten gegenüber Kuhmilch eine feinere Säuregerinnung aufweisen. Sie bewirkten eine geringere Magensaftsekretion und Sekretionsdauer als Kuhmilch, ihre Aufenthaltsdauer im Magen war eine kürzere, obwohl der Übergang in den Darm langsamer erfolgte als der der Kuhmilchmolke. Bei der letzteren bleibt das Kaseinfettgerinnsel erheblich länger im Magen zurück. Ausnutzungsversuche wurden nicht angestellt.

Milch als Krankheitserreger und Krankheitsursache.

Die von Zaribnicky mitgeteilten Analysenwerte für die Milch kranker Kühe sind vollkommen unverwertbar, da anscheinend ganz grobe Analysenfehler vorliegen. Anders ist es nicht zu erklären, daß z. B. die Summe der Einzelbestandteile die Menge der direkt bestimmten Trockensubstanz um mehrere Prozent übersteigt oder daß die für Kasein + Albumin gefundenen Werte die Menge des Gesamteiweißes übertreffen.

Braun berichtet einen Fall von Agalaktie bei einem Mutterschwein, bei dem sich 3 Tage nach dem Ferkeln noch keine Milchsekretion bemerkbar machte. Dieser Mangel konnte indessen durch Verabreichung von Laktagol (150 g) beseitigt werden.

Nach Untersuchungen von Werner und Kolisch erwies sich der Harn von gesunden Nichtgraviden bei der intrakardialen Injektion für Meerschweinchen als ungiftig, während der Harn gesunder Gravider giftig ist. Bei gleichzeitig vorhandener Nephritis ist die Harngiftigkeit erhöht, bei Eklampsie zunächst herabgesetzt. Das Serum verhielt sich ganz analog. Bei Wochenbetteklampsien war das Serum nur dann giftig, wenn Ödeme vorhanden waren.

Kolostrum war nur in sehr geringem Maße giftig, am 3. Wochenbettstage war die Milchgiftigkeit am größten. Nephritis und Eklampsie hatten hierauf keinen Einfluß. Das Gift hat weder antigenen Charakter noch anaphylaktische Eigenschaften.

Allgemeines.

Lereboullet et **Schreiber.** *Les maladies des enfants en 1913.* (Paris méd., Jahrg. IV, H. 1, p. 1.)

Übersichtsreferat ausgewählter Gebiete der Pädiatrie.

Thorspecken (Badenweiler).

Physiologie und allgemeine Pathologie.

Judson and **Nicholson.** *Blood-pressure in normal children.* (Blutdruck bei normalen Kindern.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Oktober 1914.)

Der systolische Blutdruck steigt allmählich von etwa 90 mm im 4. Jahre bis auf 105 in der Pubertät, der diastolische Druck beträgt durchweg 65 bis 70 mm. Die individuelle Variation ist im allgemeinen nicht groß, bei zwei Dritteln der Kinder weniger als 5 mm von den erwähnten Zahlen, so daß bei kranken Kindern die Blutdruckbestimmung doch einen gewissen Wert besitzt.

Wachenheim (New York).

Morse and **Wyman.** *A study of the blood-pressure in anemia in infancy.* (Der Blutdruck bei Anämie der Säuglinge.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Oktober 1914.)

Bei schweren Anämien steigt der systolische Blutdruck auf 100 bis 120, dagegen fällt der diastolische gelegentlich fast auf Null.

Wachenheim (New York).

Felix Rosenthal und **Erich Kleemann.** *Über die Einwirkung von mütterlichem und fötalem Menschenserum auf Trypanosomen.* (Berliner klin. Wochenschr., 1915, Nr. 4.)

Das kindliche Blut wurde durch Auffangen des Nabelschnurblutes unmittelbar nach der Abnabelung gewonnen. Als mütterliches Blut wurde der retroplazentäre Bluterguß, in einigen Versuchen auch durch Venenfunktion gewonnenes Blut verwendet. Es wird der Einfluß des Serums auf den Verlauf der experimentellen Trypanosomeninfektion untersucht mit dem Ergebnis, daß der trypanozide Gehalt des fötalen Serums deutlich hinter dem des mütterlichen Serums zurücksteht und daß somit der Organismus des Neugeborenen auch in bezug auf seinen „Blutkanon", wie Ehrlich die Summe der Serumfunktion bezeichnet, gegenüber dem des Erwachsenen als nicht völlig entwickelt anzusehen ist. In der letzten Periode der Gravidität scheint eine starke Anreicherung des Schwangerenserums mit trypanoziden Substanzen stattzuhaben.

A. Keller Berlin).

J. Vas. *Beiträge zur Physiologie der Sehnenreflexe im Säuglings- und Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 423 bis 428.)

Verf. prüfte die Angabe Bychowskis nach, der den Achillessehnenreflex im ersten Lebensjahre vermißte. Im Gegensatz dazu konnte Verf. den Reflex im ersten Halbjahr bei 80% der Kinder und bei Kindern im Alter von 6 Monaten bis zu 2 Jahren sogar in etwa 90% der Fälle auslösen. Daß der Reflex in einzelnen Fällen nicht auszulösen ist, kann auf äußere Umstände, wie Unruhe des Kindes u. a., zurückgeführt werden.

H. Vogt.

Allgemeine Diagnostik.

Park, Zingher and **Serota.** *The Schick reaction and its practical applications.* (Praktische Verwertung der Schickschen Reaktion.) (Arch. of Pediatr., Juli 1914.)

Die Reaktion liefert einen verläßlichen und bequemen Fingerzeig in bezug auf die Empfänglichkeit für Diphtherie und die Erfolge der Toxin-Antitoxin-Einspritzungen auf die individuelle Immunität. Sie erleichtert die Diagnose der Nasendiphtherie. Sie hat außerdem Beweise geliefert, daß die schwersten Diphtheriefälle starker intravenöser Heilserumdosen bedürfen und daß die Antitoxinbildung

bei den Angehörigen des Patienten nicht ausschließlich auf Bakterieninfektion beruht, sondern daß andere bisher unklare Momente mitwirken. Wachenheim (New York).

Park, Zingher and **Serota.** *Active immunisation in diphtheria and treatment by toxin-antitoxin.* (Aktive Immunisation bei Diphtherie und Behandlung mit Toxin-Antitoxin.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 5. September 1914.)

Die Schicksche Probe ist zur Bestimmung der Dauer der Immunisation von großem Wert. Es ist fraglich, ob die aktive Immunisierung ein weites Feld einnehmen solle, da sie kaum ein bis zwei Jahre andauert. Vorläufig ersparen wir die passive Immunisierung Schick-negativer Individuen. Wachenheim (New York).

Fr. Mielke. *Die Spitzendämpfung im Kindesalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 26.)

Bei muskelschwachen Kindern mit schlechter, schiefer Haltung findet sich manchmal Dämpfung einer Lungenspitze, die beim Korrigieren der schlechten Haltung verschwindet und der keinerlei pathologische Lungenveränderung zugrunde liegt, die also als eine Pseudodämpfung aufzufassen ist. Die Schiefhaltung in solchen Fällen ist oft so geringfügig, daß sie leicht der Beobachtung entgeht.

A. Keller (Berlin).

Behandlung und Pflege.

Blechmann. *Technique des prélévements de sang et des injections intraveneuses chez les nourrissons.* (Le nourrisson, Bd. II, Mai 1914, p. 150.)

Beschreibung der verschiedenen Methoden der Blutentnahme beim Säugling. Wo die gewöhnlichen Verfahren unausführbar sind, empfiehlt er die Punktion des Sinus longitudinalis vom hinteren Winkel der großen Fontanelle aus als leicht und gefahrlos.

Thorspecken (Badenweiler).

B. Salge. *Zur Beruhigung schreiender Säuglinge durch Anblasen.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 51.)

Nußbaum (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 26) empfahl seinerzeit, um die Reposition von Hernien zu ermöglichen, schreienden Säuglingen kräftig ins Gesicht zu blasen.

Gegen diesen Vorschlag, als eine hygienische Unart, opponiert Salge aufs bestimmteste. Zunächst können katarrhalische Affektionen auf diese Art und Weise leicht übertragen werden und dann könne eine solche brüske Störung bei spasmophilen Säuglingen zu Laryngospasmus und damit zu Lebensgefahr führen.

Der erste Einwand ist sicher schwerwiegend. Bei der von Nußbaum empfohlenen energischen Anblasung in kurzen, raschen Luftstößen ist eine Infektion gegebenenfalls unausbleibbar.

Die Befürchtung laryngospastischer Anfälle ist wohl nur konstruiert. Ein spasmophiler Säugling mit eingeklemmter Hernie, der schon mehr oder minder lange schreit und weint, der durch Reponierungsversuche irritiert worden ist, bedarf nicht mehr des Anblasens, um Stimmritzenkrämpfe zu bekommen. Die durch das schmerzvolle Geschrei an sich gesetzte Störung der Atmungsmechanik genügt bereits, wie die Erfahrung lehrt, um laryngospastische Anfälle zu provozieren.

Jedenfalls ist, wie Salge hervorhebt, bei Hernia incarcerata und in anderen dringlichen Situationen das Chloralhydratklysma ein Beruhigungsmittel, welches citissime et suaviter wirkt. Klotz.

Heiman. *The artificial cooling of sick-rooms in summer.* (Kühlung des Krankenzimmers im Sommer.) (Americ. Journ. Dis. Childr., August 1914.)

Bei geeigneten Vorrichtungen konnte das Zimmer auf höchstens 24° gehalten werden, bei einer Außentemperatur von 33°. Dabei wurde auch die Luftfeuchtigkeit niedrig gehalten, so daß die Hitze nicht durch fast eben so schädliche Schwüle ersetzt wurde. Die Vorrichtung bestand in elektrischen Fächern, die einen Luftstrom durch eine Kaltwasserkammer trieben. Wachenheim (New York).

Bakteriologie.

Creeley. *The microorganism of small-pox, chicken-pox and vaccinia.* (Keim der Pocken, Windpocken und Kuhpocken.) (Med. Rec., 1. August 1914.)

Verf. meint eine Sporothrix gefunden zu haben, und zwar bei allen drei Erkrankungen mit Kulturerfolgen. Die erste Bedingung Kochs ist bisher ungenügend und die dritte durchaus nicht erfüllt, so daß der Wert des Befundes bisher zweifelhaft ist.

Wachenheim (New York).

Herbert R. Brown und **Theobald Smith.** *Bemerkungen über zwei „atoxische" Stämme von Diphtheriebazillen.* (Journ. med. res., Bd. XXX, S. 443—454.)

Die beiden Stämme von Diphtheriebazillen verhielten sich morphologisch wie echte Diphtheriebazillen. Von Pseudodiphtheriebazillen unterschieden sie sich dadurch, daß sie keine strengen Aeroben waren und Gasbildung hervorriefen. Dabei schienen sie kein Toxin zu liefern. Die genauere Prüfung ergab jedoch, daß eine Toxinbildung tatsächlich erfolgte, wenn auch in geringer Menge. Denn bei Injektion größerer Dosen stellten sich die gleichen Veränderungen bei Meerschweinchen ein, wie sie von echtem Diphtherietoxin bekannt sind, und in einem Falle ließen sich diese Folgen der Injektion durch Antitoxin verhüten. H. Vogt.

Serologie und Immunitätslehre.

Fritz Schiff. *Über das serologische Verhalten eines Paares eineiiger Zwillinge.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 30.)

Bei einem Paar eineiiger Zwillinge ließen sich serologische Unterschiede nicht auffinden, obgleich Methoden zur Anwendung kamen, die es erlaubten, das Blut aller andern untersuchten Individuen individuell zu differenzieren. A. Keller (Berlin).

Weill-Hallé. *L'anaphylaxie lactée.* (Le nourrisson, Bd. II, März 1914, p. 75.)

Kritische Übersicht über den Stand der Frage.

Thorspecken (Badenweiler).

Méry. *Accidents du sérum et sérumphobie.* (Paris méd., Jahrg. IV, H. 1, p. 12.)

Ernste Folgen von Seruminjektionen sind außerordentlich selten. Nach Méry, dessen Aufzählung allerdings nicht vollständig ist, ist die lokale Anaphylaxie mehr zu fürchten als der anaphylaktische Schock und die Folgen der ersten Injektion. Er führt 3 Todesfälle an, die durch lokale Anaphylaxie (Gangrän) verursacht waren. Die meisten — aber vermeidbaren — Todesfälle haben sich bei Asthmatikern ereignet, bei denen das Serum nicht als spezifisches Mittel gegen Diphtherie angewandt wurde. 16 derartige Todesfälle im Kollaps sind bekannt geworden. Kranke mit Affektionen der Luftwege (tuberkulöse oder asthmatische) müssen demnach als serumintolerant angesehen werden. — Wenngleich demnach die Gefahren der zweiten Injektion sehr gering sind, rät Méry bei Patienten, die nach der ersten Injektion eine starke Urtikaria bekommen hatten, bei einer nach größerer Pause zu wiederholenden Injektion eine der bekannten Vorsichtsmaßregeln anzuwenden. Thorspecken (Badenweiler).

Michiels. *La réaction sérique intracutanée.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 11, p. 835.)

Die Untersuchungen sollten den praktischen Wert der intrakutanen Serumreaktion zum Ziel haben, insbesondere den Beginn der Sensibilierung, über den die Ansichten auseinandergehen, festlegen. Die Versuche wurden hauptsächlich an Masern- und Diphtheriekranken mittels Antidiphtheriepferdeserum angestellt (51 Fälle). Die subkutan injizierten Serummengen betrugen 10 bis 60 cm^3. Zur Intrakutanimpfung wurde 0·1 cm^3 genommen. Nach 12 Stunden ist der Erfolg festzustellen.

Die Reaktion hat spezifischen Charakter, ist eine anaphylaktische Reaktion. Sie tritt vom 5. Tage nach Applikation der Injektion auf. Unter 31 Fällen waren 5 negativ, 3 zweifelhaft. Negative Reaktion bedeutet refraktäres Verhalten der Patienten und schließt die Möglichkeit der Sensibilisierung aus. Negative Reaktion findet sich aber auch meistens im Stadium des Serumexanthems (in 7 von

10 Fällen), ferner lange Zeit nach der Injektion (noch nicht genauer anzugeben, in einem Fall nach 2 Jahren). Positive Reaktion beweist nicht, daß durch eine zweite Seruminjektion anaphylaktische Erscheinungen auftreten würden; die Reaktion zeigt schon schwache Sensibilisierung an. Ein praktischer Wert kommt ihr deshalb für Diphtherie nicht zu, mehr für chronische Krankheiten, wie Hämophilie.

Thorspecken (Badenweiler).

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Neff. *The feeding of skimmed breast-milk.* (Ernährung mit gerahmter Brustmilch.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 3. Oktober 1914.)

Verf. empfiehlt dieses Verfahren bei schwerer Fettverdauung, exsudativer Diathese, Pylorospasmus, Ekzem und bei Frühgeborenen.

Wachenheim (New York).

Erich Aschenheim. *Quarkfettmilch — ein weiterer Ersatz der Eiweißmilch.* (Therap. Monatsh., Juni 1914, S. 435.)

Quarkfettmilch I enthält $^1/_3$ Milch + 10% süßen Quark und $7^1/_2$% Sahne, Quarkfettmilch II enthält $^1/_2$ Milch + 10% süßen Quark und 10% Sahne. Die Vorschriften über die Herstellung sind im Original nachzulesen. Die Erfolge entsprechen denen mit Originaleiweißmilch. Die Vorzüge sind „die Billigkeit dieser Nahrung und die nicht übermäßig schwierige Herstellung derselben".

Zuppinger (Wien).

Erich Gast. *Über die Wirkung des Odda K auf den kindlichen Organismus.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 28.)

Stoffwechselversuch bei einem fünfmonatigen Sängling. (Interne Abteilung Kuttner und Chemisches Laboratorium Löb des Rud. Virchow-Krankenhauses.) Odda K enthält Wasser 5%, Eiweiß 14·5%, Fett 6·5% (Eidotter, Kakaobutter), Lezithin 0·4%, lösliche Kohlehydrate zirka 49%, unlösliche zirka 21%, Salze 3·2%. 1 g entwickelt 4·3 Kalorien.

Man sieht, daß die quantitative Zusammensetzung im großen und ganzen die eines Kindermehls ist.

Jedenfalls erschien dem Verf. die Frage der Ausnutzung von Odda, die, von Kuhbutter gänzlich frei, keine flüchtigen Fettsäuren enthält, wichtig genug, ihr einen exakten Stoffwechselversuch zu widmen, der sich auf Stickstoff und Phosphor beschränkte.

In der Vorperiode von 4 Tagen wurde Vollmilch mit 3% Milchzucker gereicht, darauf folgte die fünftätige Oddaperiode. Endlich Nachperiode mit Vollmilch (3 Tage).

Die Zusammensetzung der Nahrung während der Oddaperiode war 120 g Odda auf 1 l Wasser.

Bilanz der Vorperiode (Vollmilch):

N resorbiert : 89·18%
N retiniert : 51·2%
P_2Os resorbiert : 55·1%
P_2O_5 retiniert : —0·2!

Ferner wurden die Stuhlposphatide bestimmt. Während durchschnittlich 0·04 Phosphatid-P_2O_5 pro die eingeführt wurde, kam 0·1 zur Ausscheidung.

Das Milchfett wurde zu 88·7% resorbiert.

Oddaperiode: N resorbiert 79·2%, retiniert 15·74%
P_2O_5 „ 75·7%, „ 33·5%.

Auch die Phosphatidbilanz war positiv (39·4%).

Das Nahrungsfett wurde mit 85·4% resorbiert.

Nachperiode (Vollmilch) N resorbiert 89·1%, retiniert 26·72%, P_2O_5 resorbiert 57·28%, retiniert — 0·21%.

Phosphatidbilanz ebenfalls negativ. Milchfett resorbiert zu 91·8%.

Gast glaubt, daß die hohe positive N-Bilanz der Vollmilchperiode durch einen „temporären N-Hunger" zu erklären sei. Dabei hatte sein Versuchskind aber bis auf die letzte Woche vor dem Einspannen, wo Vollmilch gegeben wurde, Eiweißmilch erhalten!

Die N-Bilanz der Oddaperiode bleibt hinter den Erwartungen zurück. In der Nachperiode mit Vollmilch wiederum bessere Resorptions- und Retentionswerte für den Stickstoff.

Auch der Fettstoffwechsel zeigt während der Oddaperiode eine geringere Resorptionsgröße, die allerdings bei der relativ niedrigen Einfuhr verständlich wird.

Dagegen ist die günstige Gestaltung der Phosphorbilanz im Verlauf der Oddaperiode beachtenswert.

Gast deutet die negative P_2O_5-Bilanz in der Vollmilchperiode gewiß mit Recht dahin, daß sein Versuchskind auf dem besten Wege war — infolge ungeeigneter Ernährung (Ref.) — rachitisch zu werden. Deswegen braucht man aber in der Odda noch lange kein besonders wirksames antirachitisches Mittel zu vermuten.

Eine genaue Gewichtskurve fehlt, auch die Kalkbilanz wäre von Interesse gewesen. Und schließlich genügt ein einziger Stoffwechselversuch nicht, um weitgehende Schlußfolgerungen zu ziehen.

Klotz.

A. O. Karnitzky. *Die Zusammensetzung des Blutes und die Konstitution des kindlichen Körpers im Zusammenhang mit seiner Ernährung und seinem Gewicht.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 429—442.)

Die Blutkörperchenzahl und der Hämoglobingehalt des Blutes sind abhängig von der Konstitution; ihre Verschiebung im Laufe der Entwicklung geht jedoch bei Kindern verschiedener Konstitution etwa gleichartig vor sich. Bei normaler Entwicklung nehmen die

Formelemente des Blutes gleichmäßig zu; bei ausbleibender Körpergewichtszunahme ändert sich die Zusammensetzung des Blutes ebenfalls nicht. „Am Ende entsteht bei solchen Kindern eine Disproportion zwischen der Wachstumstendenz und dem Anwachsen des Umfanges und der Oberfläche ihres Körpers und zwischen quantitativen (wahrscheinlich auch qualitativen) Veränderungen ihrer Blutzusammensetzung, es entwickelt sich die Blutarmut, wie ich mich ausgedrückt habe, wegen des diskorrelativen Wachstums des kindlichen Körpers." H. Vogt.

Leo Langstein. *Zur Diätetik des gesunden und kranken Kindes.* (Therap. Monatsh., Juli 1914, S. 480.)

Kritische Besprechung mehrerer künstlicher Ernährungsmethoden und der damit erreichten Resultate (der Friedenthalschen, Niemannschen und Larosanmilch), der Beziehungen zwischen Infektion und Ernährung, der Diätetik des künstlichen Ekzems, des Scharlachs und der chronischen und akuten Nephritis.
Zuppinger (Wien).

Miller. *The feeding of mal-nourished infants with high protein and carbohydrates and low fat values.* (Die Ernährung atrophischer Säuglinge mit hohen Eiweiß- und Kohlehydrat- und niedrigen Fettsätzen.) (Arch. of Pediatr., Oktober 1914.)

Gute Erfolge mit abgerahmter Milch mit Malzzusatz, dann allmählicher Fettanreicherung der Milch bis auf etwa 2% Fett.
Wachenheim (New York).

Lesage. *L'atrophie-athrepsie des nourrissons, ses limites.* (Paris méd., Jahrg. IV, H. 1, p. 15.)

Lesage schlägt vor, den Sammelbegriff der Atrophie folgendermaßen zu klassifizieren: 1. Atrophie der Debilen, aus kongenitaler Ursache. Ein Teil derselben vermag nur bei natürlicher Ernährung fortzukommen, ein anderer Teil auch bei künstlicher, aber unter Schwierigkeiten. Unter diesen lassen sich die Gruppen der spastischen und der schlaffen Atrophiker unterscheiden. Ein weiteres Charakteristikum dieser Gruppen besteht darin, daß bei den Spastischen häufig ein früher Verschluß der Fontanelle zu finden ist, bei den Schlaffen dagegen sehr langes Offenbleiben derselben und verspätete Ossifikation der Schädelknochen. 2. Erworbene Atrophie. Diese tritt bei von Geburt normalen Kindern auf, die in der Übergangsperiode der ersten Lebenswochen von einer infektiösen, toxischen oder Nahrungsschädlichkeit getroffen wurden. Der Schädel behält bei ihnen die Beschaffenheit, die er bei Eintritt der Schädigung besaß. — Die Atrophie, die bei Kindern von über 4 Monaten auftritt, unterscheidet sich in ihrem Verlaufe durch die Komponente des Wachstums von derjenigen der jungen Säuglinge und Lesage möchte für diese den Namen Hypotrophie im Sinne Variots beibehalten. Der Wert der Klassifikation ist ein vorwiegend heuristischer.
Thorspecken (Badenweiler).

D. Pacchioni. *Considérations critiques sur les états du nourrisson désignés sous le nom de troubles de la nutrition.* (Le nourrisson, Bd. II, März 1914, p. 98.)

Bereits anderen Orts (siehe Referat in dieser Monatsschr., XIII, S. 52) geäußerte Ansichten Pacchionis, nach denen er die Auffassung der deutschen Schulen bezüglich der Ernährungsstörungen ablehnt und den Begriff der „Enterose" an ihre Stelle setzen möchte. Thorspecken (Badenweiler).

Triboulet et **Godlewski.** *Emploi de l'eau de mer (Plasma de Quinton) en ingestion dans les gastro-énterites aiguës des nourrissons.* (Le nourrisson, Bd. II, Mai 1914, p. 145.)

Um die „bemerkenswerten Resultate" der Anwendung des Meerwassers bei Darmaffektionen der Säuglinge der Beurteilung des Lesers zu überlassen, sei kurz die Methode angegeben. Die isotonische Lösung wurde zur Hälfte mit Zuckerwasser vermischt. Nach Aussetzen der Milch wurden davon erst 50 bis 100 g gegeben, dann 100 bis 200 g und 3 Stunden danach wieder mit Milch begonnen. Die Verff. heben besonders die günstige Wirkung des Meerwassers auf das unstillbare Erbrechen hervor. Wo indessen diese Wirkung nicht sogleich eintrat, wurden Magenspülungen angewandt und das Meerwasser und die Milch mittels Sonde gegeben. Daß von 8 der mitgeteilten Fälle 4 tödlich endigten, läßt die Heilkraft des Meerwassers immerhin in einem zweifelhaften Licht erscheinen.

Thorspecken (Badenweiler).

Weill et **Dufourt.** *Sur les réactions des selles des nourrissons à l'état normal et dans les dyspepsies d'origine alimentaire.* (Le nourrisson, Bd. II, März 1914, p. 65.)

Gegenstand der Untersuchung bildet die Frage, ob es angängig ist, die Reaktion der Stühle mit der Art der Ernährungsstörung in Beziehung zu setzen und ob die Ansicht Combes zu Recht besteht, daß Dyspepsien durch Kohlehydrate saure, einfache Dyspepsien alkalische Reaktion des Stuhls bedingen. Die Antwort lautet verneinend.

Gesunde Kinder hatten überwiegend alkalische Stühle, vereinzelt traten auch bei völlig gleichbleibender Nahrung saure dazwischen auf. Dyspeptische Kinder zeigten viel stärkeren Wechsel der Reaktion, nur in sehr seltenen Fällen dauernd saure Stühle. — Es wurde dann versucht, die Reaktion durch Nahrungsänderung zu beeinflussen. Zu diesem Zweck wurden zunächst Voruntersuchungen über die Gärungsfähigkeit der verschiedenen Zuckerarten vorgenommen, derart, daß zu Lackmus-Zucker-Gelatineplatten Fäzes von verschiedenen Säuglingen zugesetzt wurden. Hierbei zeigte sich, daß der Grad der Gärung nicht größer war bei Zusatz sauren Stuhles als bei Zusatz alkalischen Stuhles. Die Zuckerarten ließen sich danach in folgende Reihe ordnen: Dextrose und Lävulose; Maltose; Laktose; Saccharose; Soxhletzucker; Dextrin. — Durch Zusatz von 15 bis 25 g Dextrose zur Nahrung täglich ließ sich keine Änderung bei Kindern mit vorwiegend alkalischen Stühlen erreichen. Dagegen trat

bei Kindern mit überwiegend sauren Stühlen einige Tage nach Beginn mit eiweißreicher Nahrung (Eiweißmilch) in der Regel neutrale oder alkalische Reaktion auf. Thorspecken (Badenweiler).

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

Capps and **Davis.** *The relationship of septic sore throat to infected milk.* (Verhältnis der septischen Angina zur infizierten Milch.) (Journ. infect. Dis., Juli 1914.)

Verff. weisen aufs klarste den Zusammenhang beider Erkrankungen nach. Bisher blieb das Verhältnis bloße Vermutung, obgleich zahlreiche lokale Anginaepidemien darauf hindeuteten.

Wachenheim (New York).

Wachstum und Stoffwechsel.

Erich Klose. *Zur Kenntnis der Körperzusammensetzung bei Ernährungsstörungen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 154 bis 187.)

Die vorliegende Arbeit liefert einen wertvollen Beitrag zur Erweiterung unserer Kenntnisse über die Entstehungsweise des Ödems bei Ernährungsstörungen. Frühere Untersuchungen über die Zusammensetzung des Körpers an Ernährungsstörungen verstorbener Säuglinge ergaben, abgesehen von mehr oder weniger hochgradiger Fettverarmung, eine Abnahme an festen Bestandteilen, die sich auf die verschiedenen am Aufbau der Trockensubstanz beteiligten Substanzen gleichmäßig erstreckte. An einem Fall von schwerstem Mehlnährschaden, dessen Körperzusammensetzung Verf. untersuchte, wobei zur Kontrolle ein bei der Geburt verstorbener Säugling diente, erhob er den Befund, daß neben hochgradigstem Fettschwund und starker Wasseranhäufung eine beträchtliche Verschiebung in der Zusammensetzung der Trockensubstanz eingetreten war, an der die einzelnen Organe in verschieden hohem Grade beteiligt waren. Von der Wasseranreicherung war in erster Linie die Haut betroffen, die unter normalen Verhältnissen beim neugeborenen Kinde einen wesentlich höheren Anteil am Gewicht des Gesamtkörpers hat als die Muskulatur, ein Verhältnis, das sich im Laufe der Entwicklung umkehrt. Eine gesetzmäßige Beziehung zwischen dem Gehalt der Organe an Wasser einerseits, an Chlor und Natrium anderseits war nicht nachweisbar, ebensowenig ergaben sich regelmäßige Beziehungen des Wassergehaltes zum Gehalt an Erdalkalien (Kalk). H. Vogt.

J. Peiser. *Über Fettaustausch in der Säuglingsernährung.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 25.)

Als Grundlage wurde in der Regel Buttermilchsuppe verwendet, der die verschiedenen Fette zugesetzt wurden, und zwar Lebertran, Sesamöl, Lipanin, Palmin, salzfreie Butter, Ramogen, Sahne, Süß-

mandelöl. Die Versuche bestätigen die alte Erfahrung, daß hinsichtlich der Fettverdauung die einzelnen Individuen sich verschieden verhalten und daß die verschiedenen Fette verschiedenen Erfolg haben. Am schlechtesten vertragen wurde Butter respektive Sahne, am besten Lebertran. A. Keller (Berlin).

Schlutz. *The absorption of fat from the intestinal tract of the actively tuberculous child.* (Fettresorption bei aktiver Tuberkulose.) (Americ. Journ. Dis. Childr., September 1914.)

Die Fettresorption ist bei den meisten Tuberkulosefällen anscheinend normal, eine Ausnahme möchten die Kinder bilden, bei denen gleichzeitig exsudative Erscheinungen vorkommen, also der sogenannte lymphatische oder skrofulöse Typus der Krankheit.

Wachenheim (New York).

Talbot and **Hill.** *The influence of lactose on the metabolism of an infant.* (Einfluß des Milchzuckers auf den Stoffwechsel.) (Americ. Journ. Dis. Childr., September 1914.)

Bis zu einem gewissen Grade steigert Milchzufuhr die Stickstoffretention, bei größerer Zufuhr wird letztere wahrscheinlich herabgesetzt. Die Fettresorption ist im ersteren Falle unverändert, bei großen Zuckergaben geschädigt, in diesem Falle bemerkt man stark sauren Stuhl mit Durchfall und Reizung der Haut durch die grünen wässerigen Entleerungen. Der gleichzeitige Aschenverlust beruht wahrscheinlich auf einer Kombination von Umständen.

Wachenheim (New York).

Bergmark. *Zuckerresorption und Blutzuckerspiegel.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 373—385.)

Verf. versucht zu entscheiden, ob die fortlaufende Bestimmung des Blutzuckergehaltes nach Aufnahme von Mono- und Polysacchariden einen Rückschluß auf die Resorptionsgeschwindigkeit erlaubt. Nach Aufnahme von Maltose erreichte der Blutzucker höhere Werte als nach Laktose, die höchsten aber nach Aufnahme von Saccharose. Dies Verhalten würde der Resorptionsgeschwindigkeit der geprüften Zuckerarten entsprechen, soweit sie aus Tierversuchen bekannt ist. Dagegen ergab die vergleichende Prüfung von Dextrose und Lävulose eine wesentlich stärkere Erhöhung des Blutzuckers nach Dextrose, obwohl sich beide Zucker in ihrer Resorptionsgeschwindigkeit im Tierversuch nahezu gleichwertig erwiesen und Lävulose, wie aus Versuchen von Johannson hervorgeht, die Kohlensäureausscheidung weit stärker erhöht als gleiche Mengen Dextrose. Demnach läßt der Gehalt des Blutes an Zucker keinen Rückschluß zu auf die Schnelligkeit der Resorption. H. Vogt.

Benedict and **Talbot.** *Studies in the respiratory exchange of infants.* (Gasstoffwechsel bei Säuglingen.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Juli 1914.)

In einer großen und eingehenden Arbeit suchen Verff. nachzuweisen, daß der Gaswechsel nicht proportional zur Körperober-

fläche ist, sondern hauptsächlich im Verhältnis zur Körpermasse steht. Streng genommen bezieht sich aber dies auf die Masse des aktiven Protoplasmas, dessen Größe nicht absolut bestimmbar ist; so sind unsere Ergebnisse bloß genähert, da eine präzise mathematische Grundlage noch fehlt. Wachenheim (New York).

Marfan, Dorlencourt et **Saint-Girons.** *Les pertes minérales par les selles chez un nourrisson atrepsique.* (Le nourrisson, Bd. II, Januar 1914, p. 1.)

3monatiges atrophisches Kind. Die Ernährung im Krankenhause mit großen Kuhmilchmengen (560 g bei einem Körpergewicht von 3·2 kg) erscheint nur verständlich, wenn man das Kind Stoffwechselversuchen zuliebe opfern wollte, denn offensichtlich bestand eine hochgradige Fettintoleranz (sowie anscheinend exsudativ-diathetische Konstitution). Kurz vor dem Tode wurde ein 7tägiger Stoffwechselversuch durchgeführt, der sich auf die Analyse der Stühle beschränkte. Dieselben zeigten hohen Gehalt an Trockensubstanz (23·16%), N-Gehalt von 4·9%, Gesamtasche 36·21%. Gegenüber der Mineraleinfuhr ergab sich ein Defizit von 1·41 g in 7 Tagen.

Thorspecken (Badenweiler).

Nobécourt. *La signification clinique de l'azotémie chez les enfants.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 11, p. 801.)

Nobécourt bestimmte den Harnstoffgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit, der normalerweise höchstens 0·5‰ beträgt, bei Nephritiden, gastrointestinalen Affektionen, Bronchopneumonien und Atrophie der Kinder.

Unter 15 Fällen akuter Nephritis war 8mal der Harnstoffgehalt erhöht, bis zu 2·05‰. Bei der einfachen albuminösen Form der Nephritis war der N-Gehalt meistens nicht vermehrt, ebenso wenn eine Störung der NaCl-Ausscheidung bestand. Vermehrung des Harnstoffes fand sich bei den kombinierten Formen mit Ödemen. Sehr selten ist eine ausschließliche N-Retention (postskarlatinöse Nephritis). Urämische Erscheinungen pflegen nur in leichtem Grade aufzutreten (Appetitlosigkeit, Teilnahmslosigkeit, Erbrechen bei stärkerer Retention). Die Prognose wird durch den Nachweis vermehrten Harnstoffes nicht verschlechtert. Bei Übergang der akuten Nephritis in chronische sinkt der N-Gehalt und ist bei chronischer Nephritis in der Regel normal. Nur in einer kleinen Zahl von Fällen bestand eine geringe Vermehrung. Bei der letzteren scheint die Prognose vorsichtiger beurteilt werden zu müssen.

Bei Jünglingen findet sich N-Retention als häufigere Erscheinung auch bei Erkrankungen, bei denen die Störung der Nierenfunktion von nebensächlicher Bedeutung ist. Bei Bronchopneumonien fand sich eine solche in der Hälfte aller Fälle. Werte von 1 bis 2 g lassen die Prognose schlechter stellen. Für eine gewisse Form der Gastroenteritis hält Nobécourt die N-Retention für charakteristisch. Es handelt sich um schlecht genährte 4- bis 5monatige Flaschenkinder, die schon länger dyspeptisch sind und unter starken Gewichtsstürzen

und Ansteigen des Reststickstoffes in Kachexie übergehen, oft unter Auftreten von Sklerosen. Hoher Harnstoffgehalt gibt eine schlechte Prognose. Das Bild der Meningitis kann durch eine hochgradige Rigidität vorgetäuscht werden. Bei letzterer fehlt indessen eine N-Retention.

Nobécourt möchte ferner eine Form der Athrepsie als spezielle Krankheit abtrennen, bei der die N-Erhöhung ein typisches Symptom ist. Unter 18 athreptischen Säuglingen fand er 1mal 0·5 bis 0·7 g, 7mal 1 bis 3 g. Der N-Gehalt steigt im Verlauf der Krankheit an, kann aber starke Schwankungen zeigen. Es handelt sich hier nicht um Retention, sondern um gesteigerte Gewebseinschmelzung.

Thorspecken (Badenweiler).

Neugeborene.

Sigismund Peller. *Der Einfluß sozialer Momente auf den körperlichen Entwicklungszustand der Neugeborenen.* (Wiener Arbeiten a. d. Geb. d. soz. Med., herausg. von L. Teleky, 1913, H. 5.)

Verf. konnte das Material einer Landesgebärklinik und einer privaten Entbindungsanstalt, die von Frauen des Mittelstandes aufgesucht wird, miteinander vergleichen. Kinder wohlhabender Eltern kommen mit einem höheren Geburtsgewicht zur Welt als Kinder von ledigen Müttern, welche die letzte Zeit der Schwangerschaft außerhalb einer Anstalt zugebracht haben. Es betrug das durchschnittliche Gewicht für erstgeborene Knaben 3376·53 respektive 3216·34 g, für Mädchen 3237·57 gegen 3107·56 g. Uneheliche Kinder, deren Mütter mehr als 7 Tage vor der Entbindung in klinischer Pflege standen, haben ein größeres Durchschnittsgewicht als uneheliche Neugeborene, deren Mütter wenige Tage vor der Entbindung aufgenommen wurden, und als legitime Kinder der Klinik. Noch ausgeprägter als bei den reifen sind die Unterschiede bei den frühreifen Kindern.

H. Vogt.

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

Krumwiede, Nicoll and **Pratt.** *Attempts to produce scarlatina in monkeys.* (Übertragungsversuche mit Scharlachfieber auf Affen.) (Arch. of Int. Med., Juni 1914.)

Versuche mit Streptokokkenkulturen und den Exsudaten Scharlachkranker mißlangen gänzlich. Wachenheim (New York).

R. Koch. *Über Scharlachrekonvaleszentenserum.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 47.)

Verf. bestätigt an etwas größerem Material (22 Fälle) die von Reiss und Jungmann früher mitgeteilten günstigen Erfahrungen mit intravenöser Infusion von Scharlachrekonvaleszentenserum. Im

Anschluß an die Seruminfusion (50 bis 100 cm^3 durch Ablagern inaktiviert, mit 0·5% Acid. carbol. konserviert, meist am 18. bis 24. Krankheitstage entnommen) kam es zu oft erheblichen Temperaturstürzen (0·4° bis 4·3°, im Mittel 2·4°). Die Minima waren nach 6 bis 22 Stunden, im Durchschnitt nach $11^1/_2$ Stunden, erreicht. In den meisten Fällen trat dann ein erneuter geringerer Anstieg ein. Der Fieberabfall vollzog sich derart, daß zunächst eine kleine Steigerung der Temperatur eintrat (zirka 1 Stunde lang). In seltenen Fällen war allerdings der Fieberanstieg nicht unerheblich und von Kollaps und Schüttelfrost begleitet. Einen deutlichen Einfluß auf die Dauer des Exanthems und den Beginn der Schuppung hatte die Therapie nicht, auch nicht auf die bekannten Scharlachkomplikationen. Deutlich günstig wirkte die Seruminjektion, und zwar die möglichst frühzeitige, bei unkompliziertem, toxischem Scharlach. Aber auch bei kompliziertem Scharlach hatte Verf. den Eindruck einer unleugbar günstigen Wirkung: Der Scharlach als solcher, der Allgemeinzustand, wird beeinflußt, die Komplikationen dagegen bleiben unbeeinflußbar. Kontrollversuche mit Normalmenschenserum ergaben keine eklatanten Differenzen in der Wirkung, nur ist beim Schlarlachrekonvaleszentenserum eine gewisse quantitative Überlegenheit unverkennbar. Klotz.

Woods. *Immunity in measles.* (Immunität bei Masern.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 5. September 1914.)

Die Mutter akquirierte gegen Ende der Schwangerschaft Masern. Sieben Jahre später erkrankte das Kind an Masern. Also Fehlen oder Schwäche der Immunisierung per placentam.

Wachenheim (New York).

Chauvet. *La mortalité dans la rougeole, particulièrement dans la première enfance.* (Le nourrisson, Bd. II, Januar 1914, p. 25.)

Im Pariser Kinderkrankenhaus ist die Sterblichkeit junger Kinder an Masern eine um das Mehrfache höhere als in anderen Krankenhäusern. Chauvet stellt fest, daß das System der Isolierung daran schuld trägt. Die dort angewandte Isolierung mittels Glasplatten in gemeinsamen Krankensälen (System Grancher) verhindert nicht die Übertragung von Lungenaffektionen, an denen nachweislich 41 von 120 masernkranken Kindern zugrunde gingen. Nur völlige Isolierung in Einzelzimmern ist geeignet, mit Sicherheit die hohe Mortalität im Krankenhause herabzusetzen. Bei diesem System wird auch eine Überfüllung in Epidemiezeiten vermieden; für diesen Fall muß allerdings ein Reserveisolierhaus vorgesehen sein.

Thorspecken (Badenweiler).

Hess. *German measles.* (Röteln.) (Arch. of int. Med., Juni 1914.)

Übertragung auf Affen mißlang. Lymphozytose erscheint schon vor dem Ausschlag, sie ist bei Differentialdiagnose von Scharlachfieber in zweifelhaften Fällen von großem Wert. Bakteriologisch fand Verf. nichts. Wachenheim (New York).

Woody. *The use of antitoxin in diphtheria.* (Verwendung des Heilserums bei Diphtherie.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 5. September 1914.)

Verf. befürwortet große Dosen bis 300.000 A. E., wogegen die herrschenden Ansichten von Park u. a. 40.000 als das äußerste Maß bei älteren Kindern bestimmen. Wachenheim (New York).

P. Rohmer. *Über die Diphtherieschutzimpfung von Säuglingen nach v. Behring.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 29.)

Behring hatte zunächst die Säuglinge von der Behandlung mit seinem Diphtherieschutzmittel ausgeschlossen, und zwar deshalb, weil über deren Fähigkeit zur Antitoxinbildung sowie über die dazu nötige Dosierung des Schutzmittels nichts Sicheres feststand. Diese Lücke sucht der Verf. zu ergänzen. Ausgehend von der geringen Empfindlichkeit der Säuglinge für das Diphtherieschutzmittel verwandte er fast ausschließlich das stärkste Präparat TA VI (intrakutane Injektion von 0·1 cm^3). Behandelt wurden 20 Säuglinge, von denen 16 für die Beurteilung in Betracht kommen. Bezüglich der Wirkung lassen sich 2 Gruppen unterscheiden: jüngere und ältere; die Grenze bildet der 4. respektive der 5. Monat. Unterhalb dieser Altersgrenze ließ sich mit den angewandten Dosen in keinem Fall eine Vermehrung des Antitoxingehaltes erzielen, während jenseits derselben sämtliche Kinder ebenso ausnahmslos eine zum Teil recht beträchtliche Erhöhung desselben zeigen. Gesundheitszustand, Konstitution, Krankheit spielen keine Rolle, ausschlaggebend ist nur das Alter. Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. vorläufig zu dem Schluß, daß Säuglinge unter 5 Monaten von der Diphtherieschutzimpfung einstweilen noch auszuschließen sind.

A. Keller (Berlin).

Park and **Nicoll.** *Experiments on the curative value of the intraspinal administration of tetanus antitoxin.* (Heilwert der intraspinalen Einführung des Tetanusheilserums.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 18. Juli 1914.)

Die intraspinale Anwendung ist am schnellsten wirksam und, wo möglich, vorzuziehen; erst in zweiter Reihe kommt die intravenöse Einspritzung und bedeutend minderwertig ist die subkutane Anwendung. Verff. bemerken, daß, wenn die Lumbalpunktion trocken verläuft, man höchstens 3 bis 5 cm^3 einspritzen soll, sonst ist die doppelte Quantität wegen der Disseminierung durch den Druck der Flüssigkeit vorteilhafter. Die Anfangsdosis beträgt 3000 bis 5000 A. E. und muß meist wiederholt werden.

Wachenheim (New York).

Péhu et **Favre-Gilly.** *Sur un cas de fièvre typhoïde à évolution rigoureusement régulière chez un nourrisson de sept mois.* (Le nourrisson, Bd. II, Mai 1914, p. 156.)

Der Fall zeigt, daß auch der klassische Typhusverlauf beim Säugling vorkommt. Thorspecken (Badenweiler).

Nobécourt et **Mercier.** *Forme respiratoire des réactions encéphalo-méningées au cours de la fièvre typhoide chez l'enfant.* (Paris méd., Jahrg. IV, H. 1, p. 32.)

An der Hand einiger Fälle wird die unregelmäßige Respiration als Folge meningo-enzephalitischer Intoxikation beim Kindertyphus erörtert. Thorspecken (Badenweiler).

F. Göppert. *Beitrag zur Behandlung der Ruhr.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 41.)

Mit Rücksicht auf die Bedeutung der Ruhr als Kriegsseuche stellt der Verf. seine Erfahrungen über die Therapie der Ruhr beim Kinde zusammen. A. Keller (Berlin).

Taussig. *The prevention and treatment of vulvovaginitis in children.* (Verhütung und Behandlung der Vulvovaginitis.) (Americ. Journ. Med. Scienc., Oktober 1914.)

Unter anderen Vorschlägen rät Verf. zur Instillation einer 2%igen Höllensteinlösung in das Vestibulum vaginae neugeborener Mädchen und U-förmigen Sitzbrettern bei den Aborten.

Wachenheim (New York).

Cole and **Ruh.** *Pemphigoid of the new-born* (*Pemphigus neonatorum*). (Journ. Americ. Med. Assoc., 3. Oktober 1914.)

Bericht über eine 9 Fälle umfassende Epidemie, bei der eine Reinkultur des Staphylococcus aureus isoliert wurde. Der Übergang in Dermatitis exfoliativa wird notiert und die wichtige Differenzierung von Impetigo contagiosa hervorgehoben. Bei der Behandlung wird die Verwendung autogener Vakzine angeraten. Die Prognose ist unsicher, ein nicht geringer Prozentsatz endet letal.

Wachenheim (New York).

Siegfried Wolff und **Walter Lehmann.** *Über Pneumokokkenmeningitis und ihre Behandlung mit Optochin.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 188—209.)

Ein Fall von Pneumokokkenmeningitis, der in acht Tagen insgesamt 4·5 g Optochin erhalten hatte, endigte tödlich. In einem zweiten Falle, bei dem Optochin zunächst intralumbal, dann subkutan und zuletzt intraventrikulär verabfolgt wurde, war der Ausgang ebenfalls ungünstig, doch erlag das Kind anscheinend einer Bronchopneumonie, während die Erscheinungen der Meningitis in der letzten Lebenszeit zurückgetreten waren. Bei der Autopsie fand sich eine Pachymeningitis, während die Leptomeningen normal waren. Daraus schließen die Verf., daß die Leptomeningitis durch Optochin geheilt wurde. Sie fordern aber selbst zu Nachprüfung auf, was um so berechtigter erscheint, als neben Optochin auch Pneumokokkenserum und Urotropin zur Anwendung kamen. Sie berichten ferner über einen Fall von Pneumokokkämie, der durch Chinin anscheinend sehr günstig beeinflußt wurde, während die Behandlung mit Serum und Kollargol keinen sichtlichen Einfluß ausgeübt hatte. H. Vogt.

Comby et **Condat.** *Méningite cérébro-spinale avec arthrites à méningocoques.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVII, H. 7, p. 527.)

Interessanter kasuistischer Beitrag: 6jähriges Mädchen, an Meningitis cerebrospinalis erkrankt, Liquor cerebrospinalis bereits eitrig. Am 4. Tage werden 3 Tage hintereinander je 20 cm^3 Serum intradural injiziert. Danach Rückgang der meningitischen Symptome. Am 7. Tage beginnende Arthritis eines Fingergelenkes, am folgenden Tage auch des rechten Kniegelenkes. Probepunktion desselben am 11. Tage ergibt trübe Flüssigkeit mit einzelnen Meningokokken. Injektion von 10 cm^3 Serum ins Kniegelenk. Nach Exazerbation der Lokalerscheinungen und Fieberanstieg tritt deutliche Besserung und nach einer 2. Injektion Heilung ein. Parallel mit der Rückbildung der Kniegelenkserscheinungen nahmen auch die Erscheinungen am Fingergelenk ab, was auf eine Fernwirkung der Seruminjektionen bezogen wird. Thorspecken (Badenweiler).

Albert Uffenheimer. *Der Stand der Heine-Medinschen Krankheit (epidemischen Kinderlähmung) in Bayern.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 51.)

Vortrag in der Münchener Ges. f. Kinderheilk., 31. Oktober 1913. (Monatsschr., Bd. XIII, S. 99.) Klotz.

Hartshorn and **Moeller.** *Vaccine treatment in pertussis.* (Vakzinebehandlung des Keuchhustens.) (Arch. of Pediatr., August 1914.)

Die Behandlung beruht auf etwas mangelhaften bakteriologischen Voraussetzungen und die Erfolge sind zum Teil gänzlich negativ, anderseits ist das Verfahren harmlos, und manche Autoren wollen eine Besserung der Symptome bemerken, wie sie auch unter medikamentöser Behandlung oft genug vorkommt. Die Dosierung ist bisher unbestimmt und gewöhnlich entschieden zu klein, es ist nutzlos, mit weniger als 50,000.000 anzufangen. Auch der prophylaktische Wert des Verfahrens ist unsicher. Wachenheim (New York).

Hess. *The use of a series of vaccines in the prophylaxis and treatment of an epidemic of pertussis.* (Verwendung der Vakzine bei der Prophylaxe und Behandlung des Keuchhustens.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 19. September 1914.)

Therapeutisch sind die Bordet-Gengouvakzine fast wertlos, prophylaktisch ist ihnen ein geringer Wert nicht ganz abzusprechen, obgleich Mißerfolg bei einem großen Prozentsatz zu verzeichnen ist. Wachenheim (New York).

Graham. *The treatment of pertussis.* (Behandlung des Keuchhustens.) (Arch. of Pediatr., August 1914.)

Verf. hält viel von der Vakzinebehandlung, aber rät jetzt die Anwendung von Mischvakzinen, wobei er andeutet, daß die Erfolge mit Reinkulturen des Bordet-Gengou-Bazillus unbefriedigend ausgefallen sind. Verf. gesteht übrigens, daß der Hauptwert dieser Me-

thode prophylaktisch sein möchte, der bezügliche Beweis wäre nicht leicht zu bringen. Wachenheim (New York).

Friedlander and **Wagner**. *Diagnosis of whooping-cough by the complementdeviation test.* (Diagnose des Keuchhustens mittels der Komplementablenkungsprobe.) (Americ. Journ. Dis. Childr., August 1914.)

Die Probe fällt im Krampfstadium stets, im katarrhalischen Stadium bei 92% der Fälle positiv aus und scheint demnach äußerst wertvoll zu sein. Wachenheim (New York).

Morse. *The clinical and sociological aspects of whooping-cough.* (Klinische und soziale Beziehungen des Keuchhustens.) (Arch. of Pediatr., August 1914.)

Verf. bemerkt die beträchtliche Sterblichkeit, namentlich im Säuglingsalter: die Krankheit fordert nicht viel weniger Opfer als Masern und Scharlachfieber. Morse dringt auf sanitäre Maßregeln wie bei anderen Infektionskrankeiten. Nach dem Erfolge mit den eben erwähnten zu schließen, wird die merkliche Einschränkung des Keuchhustens, namentlich in Betracht seines schleichenden Einsetzens, gewiß ein frommer Wunsch bleiben. Wachenheim (New York).

Lagane. *Le Kala-Azar infantile.* (Le nourrisson, Bd. II, Januar 1914, p. 10.)

Ergebnisse der bisherigen Forschungen mit pathologisch-anatomischen Beiträgen. Thorspecken (Badenweiler).

Carl A. Kling. *Technik der Schutzimpfung gegen Varizellen.* (Berliner klin. Wochenschr., 1915, Nr. 1.)

Im Jahre 1913 hatte Kling (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Nr. 45, referiert Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XIII, S. 71) seine Erfahrungen über Schutzimpfung gegen Varizellen publiziert, wonach es ihm gelungen sei, Varizellen auf Gesunde in einer Form zu übertragen, die gleichzeitig einen Schutz gegen schwere Erkrankung gewährleiste. Die Angaben Klings wurden von Handrick (Monatsschrift f. Kinderheilk., Originalien, Bd. XIII, S. 242) nachgeprüft, der zu einem ganz anderen Ergebnis kam: von einer nennenswerten oder gar zuverlässigen Schutzwirkung könne nicht die Rede sein. Kling nimmt an, daß die Ursache des Mißlingens der Handrickschen Versuche in der Technik der Impfung liegt, und beschreibt deswegen noch einmal ausführlich die Art seiner Impftechnik. Die Impfung wird mit einer gewöhnlichen Impflanzette ausgeführt, die nicht zu scharf sein darf. Die Spitze wird in das Windpockenbläschen eingeführt, die Haut auf dem Impffelde wird gespannt, es werden einige leichte Einstiche in die Haut gemacht, ohne daß es zu einer Blutung kommt. Es empfiehlt sich, nach 3 Einschnitten die Lanzette neu mit Lymphe zu beschicken und ebensoviel Inokulationen zu machen. A. Keller (Berlin).

Tuberkulose.

Leroux. *La localisation initiale de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 9, p. 641.)

Leroux verfolgte die Entwicklung der Lungentuberkulose im Kindesalter klinisch und röntgenologisch bei 12 Kindern über längere Zeiträume, zum Teil mehrere Jahre hindurch. Die 3 ersten Fälle sind Kinder im Alter von 1 bis 2 Jahren. Bei ihnen fand sich ein primärer Lungenherd auf der rechten Seite. Im 1. Falle bereits gleichzeitig damit, in den anderen erst nach Verlauf von Monaten wurde eine Erkrankung der gleichseitigen Drüsen nachweisbar, der die Infektion der anderseitigen Drüsen folgte. Den gleichen Verlauf nahm ein 4. Fall, nur daß hier primär eine Pleuritis der linken Seite vorlag. Die Erkrankung der Lunge respektive Pleura bildete sich zurück und war in den beiden letzten Fällen auch röntgenologisch nicht mehr nachweisbar. Die nächsten 5 Fälle zeigen gleichen Beginn, doch konnte bei diesen auch das 3. Stadium: die Reinfektion einer Lungenspitze verfolgt werden. Diese folgte der Infektion der Tracheobronchialdrüsen erst nach einem Intervall von mehreren Jahren. Bei den letzten 3 Fällen nahm die Infektion den Ausgang von der Spitze, der die sekundäre Drüsenerkrankung nach 1 bis 2 Jahren folgte, die dann bereits doppelseitig war. Dieser Infektionsmodus, der bei Erwachsenen häufig ist, bildet bei Kindern die Ausnahme und findet sich nur bei älteren Kindern.

Die typische Entwicklung der Lungentuberkulose im Kindesalter vollzieht sich demnach in 3 Etappen: 1. Stadium: Infektion der Lunge in den mittleren oder basalen Partien derselben. 2. Stadium: Mehr oder weniger latent bleibende Erkrankung der Tracheobronchialdrüsen. Dauer dieses Stadiums von mehreren Monaten bis zu vielen Jahren. 3. Stadium: Reinfektion der Spitze und klassische Entwicklung der chronischen Lungentuberkulose.

Thorspecken (Badenweiler).

H. Bergmann. *Kavernöse Lungentuberkulose beim Säugling.* (Berliner klin. Wochenschr., 1915, Nr. 4.)

Die Mutter des Kindes ist bald nach der Geburt an einer Tuberkulose, die während der Schwangerschaft rapide Fortschritte gemacht hatte, gestorben. Das Kind wurde nicht gestillt; inwieweit es aber von der Mutter getrennt war oder nicht, geht aus der Krankengeschichte nicht hervor. Im Alter von 10 Wochen wurde das Kind in die innere Abteilung des Stadtkrankenhauses zu Chemnitz aufgenommen und starb dort nach 10 Tagen. Bei der Obduktion fanden sich im rechten Unterlappen sowie im linken Oberlappen Kavernen von Erbsen- bis zu Walnußgröße, außerdem in allen Teilen zahlreiche Tuberkeln; letztere auch in der Niere sowie im Zökum. Verf. spricht nach dem pathologisch-anatomischen Befund die Krankheit als angeboren an. Übrigens war das Kind mit Kohlehydraten überernährt.

A. Keller (Berlin).

Johann v. Bókay. *Über die Heilungsmöglichkeit der Meningitis tuberculosa.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 133—153.)

Verf. stellt 27 Fälle von geheilter tuberkulöser Hirnhautentzündung aus der Literatur zusammen und fügt ihnen 2 eigene Beobachtungen zu. In einem nicht geringen Teil dieser Fälle war aber die Heilung nur zeitweilig, indem meist noch vor Ablauf eines Jahres ein neuer Anfall der Krankheit das Ende herbeiführte. Aussicht auf Heilung kann nur bestehen, wo die Meningitis den einzigen aktiven tuberkulösen Herd im Körper darstellt, was schon sehr selten zutrifft. Für eine Ausheilung kommen sodann in erster Linie solche Fälle in Betracht, bei denen die eigentlichen tuberkulösen Gewebsveränderungen geringfügiger Art sind und eine sekundäre Schädigung der Hirnsubstanz durch den Druck eines größeren Exsudates ausbleibt. In manchen Fällen mag die tuberkulöse Meningitis ausschließlich als Hyperämie in Erscheinung treten, wie Barbier und Gougelet wollen. Zur Unterstützung der Heilung stehen uns höchstens operative Eingriffe und systematische Anwendung der Lumbalpunktion zu Gebote. H. Vogt.

H. Finkelstein. *Zur Entstehungsweise seröser Meningitiden bei tuberkulösen Kindern.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 25.)

Bei einem 9monatigen Knaben, der augenscheinlich von dem phthisischen Vater sich mit Tuberkulose infiziert hatte, entwickelte sich kroupöse Pneumonie, Miliartuberkulose, Meningitis serosa. Nach dem Ergebnis der klinischen Beobachtung und der Obduktion nimmt Finkelstein an, daß durch die Pneumonie die Tuberkulose des Brustraumes mobilisiert wurde, daß eine Verschleppung von Bazillen in das Gehirn erfolgte und daß der hier entstehende Tuberkel eine lokale Entzündung des Ependyms und im Anschluß daran eine seröse Meningitis auslöste. A. Keller (Berlin).

Marfan. *Sur la tuberculose chronique du péritoine dans la première enfance, avec des considérations sur les diverses formes de gros ventre chez le nourrisson.* (Le nourrisson, Bd, II, Mai 1914, p. 129.)

Marfan berichtet über einen Fall von tuberkulöser Peritonitis bei einem 14monatigen Kinde, bei dem keine anderen Krankheitssymptome als Abmagerung und dauernde Tympanie des Leibes bestanden. Weder Fieber noch Abweichungen von der regelmäßigen Stuhlentleerung traten auf, bis es zu einer Ausdehnung der Erkrankung auf die Lungen kam. — Im Anschluß an diesen Fall erörtert Marfan einerseits die Symptomatologie der tuberkulösen Peritonitis im ersten Kindesalter, anderseits die Diagnostik des dicken Bauches der Säuglinge in sehr klarer Weise. Mit letzterer hat er sich bereits in mehreren Arbeiten beschäftigt. Von dem schlaffen dicken Bauch, der eine Teilerscheinung der Rachitis ist und durch Erschlaffung der Bauchmuskulatur und atonische Verlängerung des Darmes zustande kommt, ist scharf zu trennen der tympanitische dicke Bauch. Dieser hat verschiedene Bedeutung, je

nachdem er vorübergehend, intermittierend, lokal begrenzt oder allgemein ist. Klinisch am bedeutsamsten ist die chronische allgemeine Tympanie, die in 3 Formen auftritt: 1. Mit Diarrhöe. Ursache sind Darmulzerationen (bei Entero-Kolitis, Tuberkulose, Dysenterie). 2. Mit Verstopfung. Ursache ist kongenitale Mißbildung (Bednar-Jakobische, Hirschsprungsche Krankheit). 3. Ohne Diarrhöe und ohne Verstopfung. Diese Form ist charakteristisch für Peritonealtuberkulose oder Tuberkulose der Mesenterialdrüsen ohne Darmgeschwüre.

Die Darmtympanie kommt nach Marfan durch Hyperämie des Darmes zustande, die eine Art Erektion des Darmes mit Vergrößerung seines Kalibers und erhöhte Spannung seiner Wand zur Folge hat. Hierfür führt er als Beweise an: Darmpunktionen bewirken meistens keine Verminderung der Tympanie; an der Leiche kann man eine gewisse Tympanie durch Injektion der Arterien mit Wasser erzeugen; bei der Sektion der Fälle mit Tympanie fand sich stets eine Hyperämie der Darmwand. Thorspecken (Badenweiler).

Marc Paunz. *Über den Durchbruch tuberkulöser Tracheobronchialdrüsen in die Luftwege bei Kindern.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 386—422.)

Verf. berichtet über die Resultate der Tracheobronchoskopie bei 3 Fällen von Durchbruch tuberkulöser Drüsen in die Luftwege und einem Falle von Kompressionsstenose beider Hauptbronchien durch verkäste Drüsen. In allen Fällen konnte die Diagnose gesichert und eine entsprechende Behandlung eingeleitet werden. Der beginnende Durchbruch der Drüsen führt zu Erstickungsanfällen, und zwar auch dann, wenn nur ganz kleine Gewebsbröckel in die Luftwege geraten. Wie die vom Verf. mitgeteilten Beobachtungen beweisen, gelingt es mit Hilfe der Bronchoskopie auch, frei gewordene Drüsensequester zu entfernen und durchgebrochene Drüsenabszesse auszuräumen. Von 10 bronchoskopisch behandelten Fällen von Drüsendurchbruch sind 7 ausgeheilt. Die erfolglos behandelten Fälle waren zwei 6 respektive 20 Monate alte Kinder mit Miliartuberkulose und ein 4jähriger Knabe, der gleichzeitig einen Fremdkörper in den Luftwegen hatte. H. Vogt.

E. A. Oppenheim. *Über therapeutische Versuche mit Kupferlezithinpräparaten an Kindern mit sogenannter chirurgischer Tuberkulose (Finklersches Heilverfahren).* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 24.)

Gräfin Linden hat im Tierversuch mit der Kupferbehandlung der Tuberkulose zeitweiligen oder dauernden Krankheitsstillstand erzielt, der sich in Gewichtszunahme, Entfieberung, Verheilung der tuberkulösen Impfabszesse, bindegewebiger Degeneration der Krankheitsherde und Lebensverlängerung zu erkennen gibt und in günstigen Fällen zur Heilung führt. Gräfin Linden stellte neue chemische Verbindungen aus Lezithin mit anorganischen oder organischen Kupfersalzen dar, mit denen Oppenheim an dem Material des

Cäcilienheimes in Hohen-Lychen seine Versuche anstellt. Es handelt sich im ganzen um 40 Fälle; 20 von ihnen wurden mit Allgemeinkur behandelt, und zwar 15 mit Schmierkur, 5 mit intramuskulären Injektionen. Diese letzteren intramuskulären Injektionen wurden wegen störender Nebenerscheinungen aufgegeben. Die alleinige Kupferschmierkur erzielte keinen Erfolg, wohl aber bewährte sich die lokale Kupferbehandlung, so daß sie eine Nachprüfung verdient. In Fällen von Skrophuloderma und Lupus trat unter dem Einfluß der Kupfersalbe eine günstige Beeinflussung ein. Ebenso und noch mehr bewährte sich die Kupferplombe bei offener Knochentuberkulose.

A. Keller (Berlin).

Syphilis.

Else Koch. *Die Entstehung des dritten Stadiums der Rhinitis luetica neonatorum.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XIII, H. 6, S. 258.)

Die Ansicht, daß sich das dritte ulzerative Stadium der Rhinitis luetica neonatorum durch eine sekundäre Infektion ganz allmählich aus dem rein hyperplastischen Stadium entwickelt, wird von vielen geteilt. Dagegen schildert Verf. drei Fälle der Göttinger Kinderklinik, bei denen infolge einer Grippeinfektion die bisher harmlos verlaufende Rhinitis mit einem Schlage einen völlig andern Charakter erhielt. Es kam innerhalb weniger Tage zu einer Einschmelzung der ganzen Nasenschleimhaut durch Streptokokken, die in zwei Fällen zu tödlicher Sepsis, in einem dritten zu vollständiger Obliteration des Naseninnern führte. Verf. nimmt an, daß es sich in den obigen Fällen um ein typisches Krankheitsbild handelt.

Veeder and **Jeans.** *The diagnosis and treatment of late hereditary syphilis.* (Diagnose und Behandlung der hereditären Spätsyphilis.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Oktober 1914.)

Namentlich bei vermeintlich rheumatischen Symptomen deckt die Wassermannprobe häufig Syphilis auf. Diese Reaktion ist schwer aufzuheben, nur durch lange Quecksilberbehandlung kommt man zum Ziel. Neosalvarsan allein entfernt bloß die klinischen Erscheinungen, ohne totale Heilung zu bewirken.

Wachenheim (New York).

Ernst Welde. *Über die heutige unzureichende Behandlung der Lues congenita.* (Therap. Monatsh., September 1914, S. 616.)

Daß diese Klage im großen und ganzen berechtigt ist, wird niemand bestreiten, ebenso die Forderung, daß der Staat endlich auch diesem Zweige der Fürsorge seine Aufmerksamkeit und Unterstützung schenken soll, da die Mortalität besonders hoch bei den Kindern der Armen ist, weil sie wegen Indolenz der Eltern oft zu spät und unzureichend behandelt werden. Als Kriterium der Heilung kann nur die dauernde negative W.-R. gelten. Sehr wichtig ist die Vermeidung anderweitiger Infektionen in den Krankenstationen, da diese Kinder

bekanntermaßen z. B. der Grippe scharenweise erliegen; deshalb sollten nach Berliner Muster eigene Pflegeheime für dieselben errichtet und die in offener Fürsorge stehenden ärztlich genauer überwacht werden. Nur auf diese Weise könnte die bis jetzt noch hohe Mortalität hereditär luetischer Kinder tief herabgesetzt werden. Gegen die Indolenz der Ärzte und Behörden muß Stellung genommen werden, insofern sie der falschen Ansicht sind, daß aus den hereditären Luetikern keine vollgültigen Menschen heranwachsen könnten. Auch die systematische Untersuchung des Materials der Taubstummen-, Blinden-, Krüppelheil- und Idiotenanstalten auf Lues ist überall durchzuführen. Zuppinger (Wien).

Hans Kern. *Über die Anwendung der epifaszialen (bzw. intramuskulären) Neosalvarsaninjektionen nach Wechselmann im Kindesalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 43, S. 1742.)

Auf der Luesabteilung des großen Friedrichswaisenhauses der Stadt Berlin in Rummelsburg wird seit einiger Zeit das Prinzip der gemischten Behandlung durchgeführt, d. h. in eine der üblichen Quecksilberkuren werden eine Anzahl, meist 4 bis 6, Neosalvarsaninjektionen eingeschoben. In erster Linie versucht man das Neosalvarsan intravenös zu verabreichen; das geht meist anstandslos, bei Säuglingen in die Schädelvenen, bei älteren Kindern in die Kubitalvenen. Bei Kindern im 2. bis 7. Lebensjahre ist es jedoch vielfach nicht möglich, eine passende Vene zu bekommen. In diesen Fällen hat sich dem Verf. die intramuskuläre oder richtiger epifasziale Methode nach Wechselmann (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 24) bewährt. Bei dieser Technik lassen sich Infiltrate um so leichter vermeiden, je konzentriertere Lösungen verwendet werden. Bei älteren Kindern wurden in der letzteren Zeit 100%ige Lösungen von Neosalvarsan verwendet. A. Keller (Berlin).

Zirkulationsapparat.

Dunn. *A. contribution to the diagnosis and prognosis of congenital cardiac disease.* (Beitrag zur Diagnose und Prognose der angeborenen Herzfehler.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Sept. 1914.)

Bei Pulmonalstenose ohne offenen Ductus Botalli ist die Prognose sehr schlecht, bei offenem Ductus allein recht gut, bei den verschiedenen Kombinationen relativ ungünstig, da bloß eine Minderzahl die Pubertät erreicht und diese stets Entwicklungshemmungen nachweist. Wachenheim (New York).

Z. v. Bókay. *Ein Fall von persistierendem Truncus arteriosus communis bei einem 6 Monate alten Säugling.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 327—334.)

Neben vollkommenem Fehlen der Scheidewand zwischen Aorta und Pulmonalis bestand ein Defekt der Ventrikelscheidewand sowie

ein weit offener Ductus Botalli. Die schwere Mißbildung hatte weder Schwirren noch ein Geräusch hervorgerufen. H. Vogt.

Respirationsorgane.

F. Göppert. *Über manifeste und latente Insuffizienz der Exspiration im Kindesalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 30.)

Bei einer Anzahl durch ihre Konstitution zu chronischer Schleimhautschwellung disponierten Kindern tritt auch bei scheinbar unbedeutenden, auskultatorisch oft kaum nachweisbaren chronischen Bronchialkatarrhen ein Tiefstand des Zwerchfelles ein, bei einzelnen spontan, bei andern erst, wenn sie einigemal tief inspiriert haben. Die hierdurch nachgewiesene Insuffizienz der Exspirationskräfte ist eine relative. Das Atemhindernis ist in einem Katarrh der feineren Bronchien zu suchen; die Schwäche der austreibenden Kräfte beruht wahrscheinlich in einem angeborenen Mangel an Elastizität der Lunge oder auch in der unvollkommenen Funktion der automatischen Regulation der Exspirationskraft. A. Keller (Berlin).

Blut und blutbildende Organe.

Hans Wienskowitz. *Über die angeborene Wassersucht.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 42 u. 43, S. 1725 u. 1743.)

Schridde (Münchener med. Wochenschr., 1910, Nr. 8) hat unter Mitteilung von 3 Fällen von hochgradigem kongenitalen Hydrops ein Krankheitsbild beschrieben, das er als Wassersucht bei hochgradiger Anämie des Kindes auffaßt und scharf gegen die früher beschriebenen Bilder von Leukämie abgrenzt; seither wurden von anderer Seite weitere Fälle publiziert, welche in dieses Krankheitsbild hineingehören. Aus dem pathologischen Institut des Städtischen Krankenhauses in Wiesbaden (Prof. Dr. Herxheimer) teilt Verf. 2 weitere hierher gehörige Fälle mit: Neben den Erscheinungen des hochgradigen allgemeinen Hydrops und zahlreichen Blutungen findet sich stark gesteigerte fötale Hämosiderose, extramedulläre, ausgedehnte Blutbildungsherde in Leber, Milz und Nieren; in beiden Fällen besteht Hämosiderose in der Leber, in einem Falle auch das von Schridde beschriebene Pigment in den Tubuli contorti der Nieren. Auch das Ödem der Plazenta fand sich wie in allen anderen Fällen.

Auf Grund dieser eigenen Beobachtung und der Literatur kommt Verf. zu dem Schluß, daß es sich bei dem angeborenen Hydrops mit fötaler Anämie offenbar um die Folgen einer toxischen Einwirkung auf die fötale Blutbildung, höchstwahrscheinlich von seiten

der Mutter, handelt. Die Art dieser toxischen Substanz ist unbekannt; einer der beiden Fälle weist darauf hin, daß die toxische Substanz mit einer schweren Anämie der Mutter im Zusammenhang stehen kann. A. Keller (Berlin).

Lymphatischer Apparat.

D'Oelsnitz et **Paschetta.** *Étude radiologique de l'adénopathie trachéobronchique chez l'enfant.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 11, p. 830.)

Für die Untersuchung der Tracheobronchialdrüsen ist das Wichtigste die Untersuchung vor dem Röntgenschirm in verschiedenen Richtungen; die Aufnahme bildet eine wertvolle Ergänzung der Untersuchung. Nicht selten findet man ausschließlich im Retrokardialfeld einen pathologischen Drüsenschatten. Die Verff. heben einige Punkte hervor, bei denen die radiologische Untersuchung diagnostische Schwierigkeiten beseitigt. So können unklare Atmungsbeschwerden bei Bronchopneumonie durch Schwellung der Drüsen verursacht sein. Anderseits können große Drüsenaffektionen auch zu einer kongestiven Reaktion im benachbarten Lungengewebe führen. Besondere Beachtung verdienen Drüsenschatten, die rechts dicht über dem Diaphragma gelegen sind und sich bei der Inspiration mehr oder weniger deutlich von diesem abheben. Das letztere Zeichen ist indessen nicht unbedingt für einen Drüsenschatten zu fordern, sondern die Verff. glauben, daß auch ein in Dreiecksform vom rechten Herzrand zum Zwerchfell ziehender und von letzterem nicht abzutrennender Schatten durch eine Drüsenaffektion bedingt sein könne. — Die Schwellung der oberen Drüsen kann zur Verwechslung mit Thymushypertrophie Anlaß geben. Bei der letzteren findet man indessen stets eine schärfere Begrenzung und gleichmäßigere Schattendichte. — Wiederholte Röntgenuntersuchungen sind von großer Bedeutung, um über die Natur der Drüsenaffektion und die Prognose Aufschluß zu erhalten.

Thorspecken (Badenweiler).

Innere Sekretion.

C. Hart. *Thymus und Rachitis.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 28.)

Auf Grund von Tierversuchen hat Klose die Ansicht ausgesprochen, die Rachitis sei durch den Ausfall oder durch eine schwere Schädigung der Thymusfunktion bedingt. Hart erörtert die Frage, ob die Erfahrungen der menschlichen Pathologie einen Anhalt für die Richtigkeit jener Anschauung geben. Es kommt auch heute wieder wie schon früher zu einer Ablehnung der Theorie. Ja, auch

bei den Tierexperimenten ließe sich höchstens sagen, daß auch durch die Thymusexstirpation bei Tieren ein der menschlichen Rachitis ähnliches Knochenleiden erzeugt werden kann, wie es die Folge anderer Stoffwechselstörungen und Schädigungen des Organismus sein kann. A. Keller (Berlin).

Mouriquand. *Le syndrome adiposo-génital de l'enfant.* (Paris méd., Jahrg. IV, H. 1, p. 26.)

Referierende Darstellung. Thorspecken (Badenweiler).

Verdauungstraktus.

Butzner. *A case of spasmodic ileus in an infant simulating intussusception.* (Darminvagination simulierender Krampfileus.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 17. Oktober 1914.)

Diagnose bei der Operation gestellt. Der Fall ist in bezug auf die spontane Reduktion der Darminvagination lehrreich.

Wachenheim (New York).

Huber and **Silver.** *A case of acute chylous ascites.* (Fall von akutem chylösen Aszites.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Juli 1914.)

Der Fall betraf einen 8jährigen Knaben. Die Flüssigkeit war milchig und fettlos, also pseudochylös. Erfolgreiche Behandlung durch Drainage der Bauchhöhle in das Schenkelgewebe mittels Seidenfäden. Wachenheim (New York).

L. Aschoff. *Sind die Würmer, besonders die Oxyuren, direkt oder indirekt schuld an der Appendizitis?* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 32.)

Aschoff betont noch einmal die Häufigkeit der längst bekannten Oxyureninfektion des Wurmfortsatzes und der durch die Oxyuren hervorgerufenen Pseudoappendizitis. Dagegen erklärt er die von Rheindorf geschilderten Befunde von Spaltbildungen in der Schleimheit von Wurmfortsätzen, welche von diesem auf das Einwandern von Oxyuren zurückgeführt werden, für Kunstprodukte. Bisher fehlen Beweise auch dafür, daß die Oxyuren indirekt mit der akuten Appendizitis etwas zu tun haben. A. Keller (Berlin).

Eduard Melchior. *Kongenitale tiefe Duodenalstenose bedingt durch Situs inversus partialis.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 25.)

Es sind bisher 2 Typen von kongenitaler Duodenalstenose bekannt: bei dem einen handelt es sich um eine intestinale Hemmungsmißbildung, um eine Vorstufe gewissermaßen der kongenitalen Atresie, bei dem zweiten um eine Anomalie des Pankreas, welcher den Zwölffingerdarm ringförmig umgibt und dadurch mechanisch verengt. Diesen 2 Formen fügt Verf. auf Grund einer Beobachtung

eine dritte hinzu, bei welcher die Stenose des Zwölffingerdarmes die Folgeerscheinung eines unvollständigen Situs inversus bildet; es liegt eine abnorme Fixierung des Colon transversum nach hinten vor. Es wurde eine Gastroenterostomie mit langer Schlinge angelegt.

A. Keller (Berlin).

Milz.

Scornet. *Étude clinique de la megalosplénie chronique dans la première enfance.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 4.)

An der Marfanschen Klinik hatten 13·28% der Kinder einen Milztumor. 152 Fälle von Milztumor verteilten sich folgendermaßen: Heredosyphilis 64, Tuberkulose 32, chronisch dyspeptische Störungen 10, verschiedene rezidivierte oder langdauernde Infektionen 17, in keine Gruppe passend 6.

Der Milztumor bei Heredosyphilis betraf überwiegend Kinder unter 6 Monaten. Unter Hg-Behandlung verkleinerte sich die Milz. Ein tuberkulöser Milztumor findet sich nur selten bei Kindern unter 10 Monaten, meist haben die Kinder das 1. Jahr überschritten. Er spricht für einen ungünstigen Krankheitsverlauf (77% verliefen tödlich) und kündigt immer eine Generalisierung der Tuberkulose an. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, findet man in solchen Fällen tuberkulöse Herde in der Milz. — Der Milztumor bei chronisch dyspeptischen Kindern entsteht auf rachitischer Basis. Der im Verlauf verschiedener Infektionen beobachtete Milztumor betraf Kinder mit Bronchopneumonien, Furunkulose usw. Nur bei einem Kinde ließ sich gar keine Ursache für die Entstehung des Milztumors nachweisen.

Thorspecken (Badenweiler).

Urogenitalsystem.

W. H. Veil. *Beitrag zum Studium der gutartigen Albuminurien.* (Münchener med Wochenschr., 1913, Nr. 49.)

Verf. schildert eine außerordentlich interessante, in der Straßburger med. Poliklinik (Erich Meyer) beobachtete chronische Eiweißausscheidung bei einem jungen, neuro-psychopathisch belasteten Gelehrten, welcher vordem das ganze antinephritische Rüstzeug viele Jahre lang hatte durchkosten müssen, ohne daß die gutartige Natur der Albuminurie erkannt worden war. Es fand sich bei der Aufnahme eine geringgradige Albuminurie (kein Essigsäurekörper) von nicht orthotischem Typus. Spärliche hyaline Zylinder. Ein chirurgischer Eingriff — Entfernung der suspekten, hypertrophischen Tonsillen — hatte eine kurzdauernde enorme Steigerung der Albuminurie zur Folge. Eine Lordose kam ätiologisch nicht in Betracht. Auffallend

waren Bradykardie, mit starker respiratorischer Arhythmie und niedriger Blutdruck.

Eine genaue Prüfung der Ausscheidungsverhältnisse der Niere ergab, daß die Kochsalz- und Wasserausscheidung einen orthotischen Typus aufwies, die Albuimnurie dagegen, wie schon erwähnt, nicht. Auch das Körpergewicht verhielt sich während der Belastungsproben völlig refraktär.

Nach alledem handelt es sich anscheinend weniger um renale als vielmehr um allgemeine zirkulatorische Störungen.

Insonderheit spricht der konstant niedrige Blutdruck gegen eine nephritische Ätiologie. Veil reiht den Fall in die „große Gruppe der juvenilen beziehungsweise orthotischen Albuminurie" ein, trotz gewisser schon erörterter Regelwidrigkeiten. Nachgeholt muß noch werden, daß bei dem Kranken, der einen thymo-lymphatischen Habitus und eine geringe Eosinophilie aufwies, eine elektive Beeinflußbarkeit des autonomen Nervensystems, eine vollkommene Unempfindlichkeit gegen sympathikotrope Reize vorlag. Das Überwiegen des autonomen Systems über das Adrenalinsystem macht auch die Blutdrucksenkung verständlich. Veil weist ausdrücklich darauf hin, daß er bei fast allen Albuminurikern vom orthotischen Typus niedrige Blutdruckwerte entgegen anderweitigen Behauptungen fand.

Was die Epikrise des Falles anbelangt, so erfuhr die Beobachtung eine vehemente Unterbrechung durch eine transitorische Psychose, die sich beim Ablegen des Staatsexamens, für welches der betreffende junge Mann glänzend qualifiziert war, manifestierte und psychiatrische Behandlung notwendig machte, die von Erfolg war. Der Kranke hatte mittlerweile die ganze antinephritisch orientierte komplizierte Ernährungs- und Lebensweise aufgegeben, ruderte, schwamm, ritt u. dgl. Die Albuminurie war dadurch in einer Weise ungünstig beeinflußt worden. Klotz.

Rocher. *Le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire inguinale. L'orchidopexie crurale.* (Paris méd., Jahrg. IV, H. 1, p. 34.)

Nach Resektion des Canalis inguinalis wird der Funiculus spermat. in seine Elemente aufgelöst und der Hoden mobilisiert. Derselbe wird dann in der erweiterten Tasche des Skrotums und weiterhin an der Haut des Oberschenkels angenäht.

Thorspecken (Badenweiler).

Bewegungsapparat.

Siegfried Peltesohn. *Über Verletzungen des oberen Humerusendes bei Geburtslähmungen.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 25.)

Faßt man die Fälle von „Geburtslähmung" mit ausgesprochener Schultergelenksrigidität, bei denen eine Muskellähmung überhaupt nicht oder nur vorübergehend besteht, unter der Bezeichnung „falsche

Geburtslähmung" zusammen, so liegen nach Meinung des Verf. diesem Symptomenkomplex in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle eine Epiphysenlösung des Humeruskopfes und deren Folgezustände zugrunde. Dafür sprechen die röntgenologischen Befunde: In allen Fällen sogenannter falscher Geburtslähmungen, die er beobachtete (6 Kinder von 10 Tagen bis zu 4 Jahren), ließ sich mit Sicherheit Epiphysenlösung nachweisen. Unter 5 Fällen echter Erbscher Lähmung wurde diese in 3 Fällen durch Epiphysenlösung kompliziert. A. Keller (Berlin).

Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Heiman. *A valuable diagnostic and prognostic sign in chorea of children.* (Diagnostisches und prognostisches Phänomen bei Chorea.) (Arch. of Diagn., April 1914.)

Werden die Hände des Patienten auf die des Arztes gelegt und fest mit den Fingern gefaßt, so bemerkt man bei jeder willkürlichen Muskelbewegung, z. B. beim Reden, ein Zucken der oberen Extremitäten, auch bei den zweifelhaften Krankheitsfällen. Schon die bloße Intention genügt, die Zuckung auszulösen, besonders wenn Patient dem Arzte ins Gesicht schaut.

Wachenheim (New York).

Swift. *Further analysis of the voice sign in chorea.* (Das Stimmphänomen bei Chorea.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Oktober 1914.)

Bei Chorea sind die Höhe und Stärke der Stimme gesteigert, was am besten mittels des Kymographen nachgewiesen wird; allerdings kommen Ausnahmen nicht selten vor. Die Vokale sind am meisten affiziert, namentlich das A. Wachenheim (New York).

Haushalter et **Jacquot.** *Méningite subaiguë à bacilles de Pfeiffer, à la suite d'une paralysie spinale infantile.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 11, p. 801.)

$^3/_4$ Jahre nach einer Poliomyelitis, die eine Lähmung des linken Beines hinterlassen hatte, erkrankte ein 2jähriges Mädchen an einer fieberhaften Erkrankung ohne charakteristische Symptome. Erst Lumbalpunktionen bewiesen, daß es sich um eine Meningitis handelte. Das Fieber dauerte fast 2 Monate, ohne daß ausgesprochene Lokalerscheinungen auftraten. Das einzige war eine gewisse Schwierigkeit beim Sitzen. Das Kind erholte sich dann und behielt die spinale Lähmung in unveränderter Weise. Aus der Lumbalpunktionsflüssigkeit wurde ein influenzaartiger Bazillus gezüchtet, vielleicht ein Pseudoinfluenzabazillus. Die Verff. nehmen an, daß dieser Bazillus, der nur unter besonderen Bedingungen pathogene Eigenschaften annehme, durch die vorhergegangene Poliomyelitis günstige Entwicklungsbedingungen erlangt habe. Thorspecken (Badenweiler).

Herrman. *Sporadic cretinism.* (New York State Journ. of Med., August 1914.)

Eine kritische Untersuchung von 41 Fällen. Bei früher Schilddrüsentherapie, konsequent ausgeführt, kann die psychische Entwicklung nachgeholt werden, die Psyche bleibt indes stets etwas hinter der Norm. Bei Spätbehandlung ist die Prognose noch ungünstiger, obgleich ein gewisser Erfolg nicht ausbleibt, kann von Heilung nicht die Rede sein. Unregelmäßige Behandlung, mit öfterem Aussetzen, hat geringen Wert.

Wachenheim (New York).

Stoffwechselkrankheiten.

H. Kleinschmidt. *Über die Kalkariurie der Kinder.* (Berliner klin. Wochenschr., 1915, Nr. 2, S. 29.)

In der modernen Literatur gilt die Kalkariurie der Kinder im wesentlichen als ein reines Ernährungsproblem: Durch Einführung einer kalkarmen Kost lassen sich die Kalkariurien beseitigen. Aus dem klinischen Bilde hebt nun Kleinschmidt die Symptome neurogener Natur hervor, welche in keiner Schilderung kindlicher Kalkariurie vermißt werden. Es läßt sich feststellen, daß die betreffenden Kinder schon lange vor dem Auftreten der Kalkariurie nervöse Erscheinungen darbieten. Aus dieser Tatsache sowie aus der klinischen Beobachtung läßt sich feststellen, daß die nervösen Symptome nicht von der Kalkariurie abhängig sind, sondern daß umgekehrt die Harnanomalie als neurogene Störung aufzufassen ist. So erklärt sich auch der therapeutische Erfolg des Milieuwechsels: 2 Kinder verloren die Kalkariurie, die in der Poliklinik beobachtet war, gleichzeitig mit der Aufnahme in die Klinik. Der Einfluß der Ernährung auf die Kalkariurie trat vollständig in den Hintergrund.

A. Keller (Berlin).

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

Fritz Wachsner. *Zur Kenntnis der bilateralen Asymmetrie des menschlichen Körpers.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 52.)

Von einem 8jährigen Mädchen werden Photographien und Röntgenaufnahmen demonstriert. Es handelt sich um ein Naegelesches Becken (Unterentwicklung eines Kreuzbeinflügels und des Sakralzapfens des Darmbeines sowie Synostose beider), an dessen kongenitaler Genese kaum zu zweifeln ist. Gleichzeitig besteht Lumbalskoliose ohne Gegenkrümmung, wie es für das Naegelesche Becken als charakteristisch gilt. Außerdem ist aber eine deutliche Asymmetrie der beiden Körperhälften vorhanden: Das rechte Bein

ist nicht nur infolge des höheren Standes der Darmbeinschaufel relativ, sondern auch absolut kürzer, Umfang des Oberschenkels und der Wade kleiner als links; auch die rechte Thoraxseite, der Thoraxumfang, die rechte Mamma ist weniger entwickelt als links, die rechte obere Extremität 2 cm kürzer als links. Auch das Gesicht ist asymmetrisch. Vor allem aber weist das Kind noch eine grobe asymmetrische Störung auf, nämlich einen rechtsseitigen Klauenhohlfuß. Verf. hält die Asymmetrie für angeboren.

Fragt man nach dem letzten Grunde derartiger bilateraler Asymmetrie, so erinnert Verf. daran, daß es dem Embryologen gelungen ist, durch mechanische Störung in dem normalen Furchungsprozeß befruchteter Seeigeleier Embryonen heranzuzüchten, bei denen korrespondierende Skelettabschnitte eine ausgesprochene Asymmetrie aufwiesen. A. Keller (Berlin).

Haut.

Freeman. *The causes and treatment of eczema in infancy and childhood.* (Ursachen und Behandlung des Ekzems im Kindesalter.) (New York State Journ. of Med., Juli 1914.)

Die Krankheit ist oft durch Verdauungsstörungen verursacht. Überfütterung mit Früchten und Kohlehydraten, gelegentlich Fetten, scheint häufig eine Rolle zu spielen. Wachenheim (New York).

Anton Lehnert. *Über Ekzem und Neurodermitis im Kindesalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 44, S. 1757.)

Nach dem Vorgange von Vidal trennen die Dermatologen von den Ekzemen die Neurodermitis ab, deren klinisches Bild in folgender Weise charakterisiert wird: Subjektiv besteht intensives Jucken, das meist primär und später in heftigen Anfällen auftritt; Prädilektionsstellen sind Hals, Nacken, obere Schultergegend, Ellen- und Kniebeugen, innere Fläche der Oberschenkel, Genitale, Achselhöhlen und Analgegend. Bei den Kindern, welche in die Hautklinik des Städtischen Krankenhauses, Frankfurt a. M. (Prof. Dr. Herxheimer), aufgenommen waren, wurde in den letzten Jahren auf die differential-diagnostische Unterscheidung von Ekzemen und Neurodermitis besonderer Wert gelegt. Das Ekzem setzt unter dem Zeichen der Entzündung akut ein; Hauteruption und Jucken gehen Hand in Hand; es kommt zum Nässen, zur Schwellung, zum Katarrh. Die Neurodermitis dagegen beginnt mit Jucken, das zuweilen lange Zeit vor Erscheinung der Hautefflorescenzen besteht. Es bilden sich trockene, derbe, flache schmutzigrote bis grauweißliche Papelchen, die im weiteren Verlauf der Krankheit zu den typischen, erhabenen infiltrierten Plaques konfluieren; man sieht keine entzündlichen Vorgänge, es besteht absolute Trockenheit, äußerste Hartnäckigkeit.

An der Frankfurter Hautklinik wurden in den letzten 3 Jahren 222 Kinder mit Ekzem (8 akute, 214 chronische) behandelt und gleichzeitig 71 Fälle von Neurodermitis. Einen wesentlichen Unterschied in der Behandlung beider Affektionen scheint der Verf. nicht zu machen. A. Keller (Berlin).

Ribadeau-Dumas et **Philippe.** *Pyodermie du nourrisson.* (Le nourrisson, Bd. II, März 1914, p. 94.)

Es wird empfohlen, sich bei Eröffnung eitriger Hautaffektionen nicht des Messers, sondern einer feinen Thermokauternadel zu bedienen, den Säugling dann in Sublimat zu baden und mit einer Formalin-Vaseline-Essenz und steriler Gaze zu verbinden. Bei fötiden, gangränösen Hautinfektionen wird Lokalbehandlung mit Salvarsan in Pulverform oder Salvarsanglyzerin gerühmt. Für die Behandlung der Säuglingsfurunkulose wird die Vakzinetherapie empfohlen.
Thorspecken (Badenweiler).

Chirurgie.

Franz Fidler. *Ein Beitrag zur Entstehung der Hernia diaphragmatica und Dilatation des Zwerchfells.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 45, S. 1795.)

In der Berliner klinischen Wochenschrift, 1911, Nr. 8, hatte Scholz 2 Fälle von Zwerchfellshernie publiziert. Eines der beiden Kinder ist in der Zwischenzeit gestorben und der Sektionsbefund ergibt einige neue Gesichtspunkte für die Entstehung der Zwerchfellshernie. Es handelt sich bei dem Fall um eine kongenitale Mißbildung der linken Lunge und eine Entwicklungsstörung des Zwerchfelles, die nur den dorsalen Teil und das Zentrum, das in seiner Entwicklung wohl zum größten Teil von ihm abhängig ist, betroffen hat. Daher erscheint an den vorderen zwei Dritteln der Übergang in den Bruchsack scharfrandig als echte Bruchpforte, hinten als Dilatation eines schwach entwickelten Zwechfelles. Nun lassen sich entwicklungsgeschichtlich am Zwerchfell 2 Abschnitte unterscheiden, der ventrale, welcher sich früher bildet, und der dorsale, welcher viel später entsteht. Auch bei den vom Verf. beobachteten Zwerchfellshernien verhält sich der ventrale Teil anders als der dorsale. Es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß die Störung, welche zur Mißbildung führte, im wesentlichen erst eingesetzt hat, als das Schicksal des ventralen Teiles entwicklungsgeschichtlich schon entschieden war.
A. Keller (Berlin).

Nageotte-Wilbouchewitch. *Un cas de spina bifida occulta; scoliose par malformation de la cinquième vertèbre lombaire.* (Arch. de med. des enf., Bd. XVII, H. 7, p. 531.)

Fall von Skoliose, entstanden durch Spina bifida occulta.
Thorspecken (Badenweiler).

Ombrédanne. *Le greffon osseuse scapulaire. Greffes rachidiennes dans le mal de Pott.* (Paris méd., Jahrg. IV, H. 1, p. 20.)

Ombrédanne gibt ein neues Verfahren an, die Wirbelsäule bei Tuberkulose derselben durch eine Knochenplastik zu immobilisieren. Längsschnitt zwischen Skapula und Wirbelsäule, der unterhalb des erkrankten Wirbels die Wirbelsäure rechtwinklig kreuzt. Die Skapula wird freigelegt und von derselben eine Knochenspange in der ganzen Länge des medialen Randes abgeschnitten. Dann werden mehrere Dornfortsätze mittels feinen Meißels gespalten (bei Kindern brechen sie nicht) und die Knochenspange zwischen die gespaltenen Dornfortsätze eingefügt und über derselben die starken Aponeurosen nach Loslösung derselben fest zusammengenäht. Zur Nachbehandlung legte Ombrédanne die Kinder zuerst in ein Gipskorsett, später begnügte er sich damit, sie auf dem Bauch liegen zu lassen. Von den 5 Kindern starb eins 4 Monate später an Meningitis, 2 Kinder bekamen kalte Abszesse, von denen eins inzwischen geheilt ist, 2 heilten glatt. Es trat aber bei sämtlichen Kindern eine verstärkte Krümmung der Wirbelsäule auf. Albée, der in ähnlicher Weise eine Knochenspange aus der Tibia benutzte, hatte in dieser Hinsicht bessere Resultate, doch ist seine Operation weit komplizierter.

Thorspecken (Badenweiler).

Vakzination.

F. Göppert. *Zur Frage der Impfschädigung.* (Therap. Monatsh., November 1914, S. 674.)

In so seuchenreicher Zeit ist es besonders zu begrüßen, wenn diese Frage eingehend besprochen wird, da durch Unkenntnis gewiß noch häufig großer Schaden angerichtet und hierdurch die Zahl der Gegner der Impfung vermehrt wird.

Göppert bespricht:

I. Die universelle Erkrankung an Kuhpocken bei gesunder Haut als seltenste Folge der Impfung; meist sind Spuren eines chronischen Ekzems vorhanden und solche Kinder müssen unnachsichtig von der Impfung zurückgehalten werden.

II. Schädigung durch Sekundärinfektion, Axillardrüsenschwellung, Erysipel. Da das Erysipel in den ersten Lebensmonaten eine sehr gefährliche Krankheit ist, soll in den ersten fünf Lebensmonaten die Impfung unterlassen werden.

III. Impfung und Verdauungsstörung. Hier ist besonders hervorzuheben, daß chronisch ernährungsgestörte, in der Verdauung sehr labile Kinder durch parenterale Darmstörungen infolge Impffiebers schwer geschädigt werden können und streng ausgeschlossen werden müssen.

IV. Impfung und Spasmophilie. Spasmophile Kinder müssen besonders zur Zeit der Krampfgefahr zurückgestellt werden und bei Verdacht auf Spasmophilie muß nach Stimmritzenkrampf gefragt eventuell das Fazialisphänomen geprüft werden.

V. Impfung und Hautkrankheiten. Es genügt nicht allein hautkranke Kinder zurückzustellen, die Anamnese muß ergeben, daß die Kinder auch in der letzten Zeit frei von Hautausschlägen waren. Das gilt für das Ekzem wie für den Strophulus. Wegen Neigung zu Furunkulose durch starkes Schwitzen soll in der heißen Jahreszeit nicht geimpft werden.

VI. Ausschließung von der Impfung (in normalen und epidemiefreien Zeiten). Es müssen also die chronisch ernährungsgestörten und in der Ernährung sehr labilen, dann die an exsudativer Diathese leidenden Kinder, selbstverständlich auch alle übrigen Kranken ausgeschlossen werden.

VII. Zur Gestaltung der Impftermine. Die Impftermine dürfen nicht zahlreich besucht sein. Folgende Fragen hat der Arzt an jede einzelne Mutter zu richten:

1. Ist das Kind in der letzten Zeit krank gewesen?
2. Hat es früher oder jetzt an Durchfall gelitten?
3. Hat es an Hautausschlägen gelitten?
4. Husten?
5. Krämpfe?
6. Ist in der Wohnung jemand erkrankt?

Der Nachschautermin ist besser auf den 9. und 10. Tag zu verlegen, da am 7. Tage die Beschwerden noch gering sind.

VIII. Therapie. Impfschutzverband von Dermatol oder Xeroformgaze mit nicht ganz deckenden Heftpflasterstreifen befestigt. Bei hohem Fieber und Unruhe Pyramidon oder Aspirin.

Zuppinger (Wien).

Hygiene und soziale Medizin.

W. Bremme (Dresden). *Über Selbststillen von Großstadtmüttern.* (Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspfl., Bd. XLV, S. 397.)

An der Hand der Tabellen, die in Sachsen die Hebammen zu führen haben, stellte Verf. fest, daß von 8933 Kindern, die im Jahre 1911 in Dresden in der Behausung der Mütter geboren wurden (die in Entbindungsanstalten geborenen wurden nicht berücksichtigt), 59·8% über 6 Wochen, 18·1% darunter und 22·1% überhaupt nicht gestillt wurden. Am schlechtesten war es um die Arbeiterkinder bestellt, von denen nur 53·6% über 6 Wochen gestillt wurden, am besten um die Beamtenkinder, von denen 67·6% die Brust länger als 6 Wochen erhielten.

Neben dem Einfluß der sozialen Lage untersucht Verf. auch den Einfluß des Alters der Mutter, der Zahl der Entbindungen, der ehelichen und unehelichen Geburten, des Geschlechtes der Kinder und der Mehrlingsgeburten, ohne sonderlich bemerkenswerte Ergebnisse zu fördern. Dasselbe gilt von dem, was er über die Ursachen des Nichtstillens ermittelte und von seinen Vorschlägen für die Förderung des Stillens.

Nicht übel ist der Gedanke, auch den Einfluß der ärztlichen Geburtshilfe auf das Stillgeschäft zu studieren. Bemerkenswerterweise ergab sich, daß bei den ärztlich geleiteten Geburten der Prozentsatz der über 6 Wochen stillenden Mütter auf 54·7 sank, der nichtstillenden auf 25·7 stieg. Unter Berücksichtigung der pathologischen Verhältnisse, unter denen diese Geburten erfolgen, möchte Verf. das Ergebnis als relativ günstig ansehen. Man wird ihm aber zustimmen müssen, wenn er bessere Erfolge von einer besseren Kenntnis der Stillfähigkeit und einer besseren Stilltechnik erwartet.

Hohlfeld (Leipzig).

Schrader (Halle). *Die Todesfälle der Säuglinge nach der Stocklage der Sterbewohnung in Halle a. S. 1909—1911.* (Hyg. Rundsch., 23. Jahrg., S. 57.)

Liefmann und Lindemann glaubten — in allerdings durchaus nicht überzeugender Weise (Ref.) — festgestellt zu haben, daß die Sommersterblichkeit bei den im Kellergeschoß lebenden Säuglingen geringer sei als bei den in den oberen Stockwerken. Verf. kam zu dem entgegengesetzten Resultat, als er in Halle die Zahl Säuglingstodesfälle mit der Zahl der Bewohner in den einzelnen Stockwerken und der Zahl der bewohnten Wohnungen verglich. Er ist sich dabei bewußt, daß der Vergleich mit der Geburtenzahl die beste Antwort gegeben hätte.

Hohlfeld (Leipzig).

Cruveilhier. *Assistance au nourisson et alimentation gratuite des mères.* (Le nourrisson, Bd. II, März 1914, p. 87.)

Cruveilhier schildert die Entstehung der Einrichtungen, durch die stillenden Müttern kostenlos Mahlzeiten verabreicht werden. 1904 wurde in Paris von dem Ehepaar Coullet das erste bescheidene Gratisrestaurant für stillende Mütter eröffnet. Das Bedürfnis nach weiterem Ausbau und Vermehrung dieser Einrichtungen trat bald hervor. Von diesen Restaurants zweigten sich 1906 die Cantines maternelles ab, von denen allmählich 12 in Paris gegründet und zu einer gemeinsamen Organisation zusammengeschlossen wurden. Von ihnen wurden bereits über 1 Million Mahlzeiten abgegeben. Diese Kantinen weichen von der ursprünglichen Einrichtung insofern ab, als die Mütter dort gleichzeitig unter ärztlicher Aufsicht stehen und als auch Schwangere vom 5. Monat ab dort Essen erhalten können. Zur Legitimation genügt der Nachweis, daß die Mutter stillt, respektive ärztlicherseits die Gravidität festgestellt ist; sonstige Ausweise werden nicht verlangt.

Thorspecken (Badenweiler).

Hospitalswesen.

Prausnitz (Breslau). *Die neueren Methoden der Isolierung ansteckender Kranken, insbesondere nach den Erfahrungen Englands.* (Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspfl., Bd. XLV, S. 361.)

Das Boxensystem ist zu umständlich und zu teuer. Einfacher und billiger ist das System der Bettisolierung, wie es Rundle und Burton in Liverpool eingeführt haben. Auch seine Erfolge können sich sehen lassen. Unter 186 Fällen nichtkontagiöser Krankheiten, 28 gesund eingelieferten und 527 Fällen aller möglichen ansteckenden Krankheiten, die in einem Sammelpavillon aufgenommen wurden, kamen im Laufe von 2 Jahren nur 2 Übertragungen vor. Beide Male handelte es sich um Scharlach. Jedenfalls ein Beweis dafür, was die Ausbildung des Pflegepersonals in der Behandlung ansteckender Krankheiten leisten kann. Leider ist die Versuchsanordnung nicht einfach. Man berücksichtigte nämlich gleichzeitig die Luftinfektion, indem für eine besonders ausgiebige Ventilation gesorgt wurde. Zwischen 2 Betten befindet sich immer ein Fenster, dessen oberer Flügel Sommer und Winter offensteht. Durch den dauernden Luftstrom, der auf diese Weise zwischen den 2 m voneinander entfernten Betten passiert, soll eine so weitgehende Verdünnung der in der Luft schwebenden Keime erfolgen, daß die Luftinfektion verhütet wird.

Hohlfeld (Leipzig).

Berichte.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung vom 14. Juni 1914.

1. **Klar** *„Demonstrationen"*:

a) 5jähriger Junge mit Ostitis fibrosa cystica im linken Oberarmkopf. Wie prognostiziert, hat sich infolge der bereits im Durchleuchtungsbilde demonstrierten Oberarmfraktur in der Zyste ein Kallus gebildet, der die Zyste allmählich ganz ausfüllt.

b) Demonstration eines 11jährigen Knaben mit beiderseitiger Coxa vara rachitica mit Durchleuchtungsbildern.

c) Durchleuchtungsbilder von einem Fall von einseitiger Coxa vara bei einem 12jährigen Mädchen, einem Fall von einseitiger Coxa vara mit grotesker Hypertrophie des Troch. major bei einem 20jährigen jungen Mann und Durchleuchtungsbild einer Coxa valga von einem 8jährigen Mädchen.

Diskussion: Drachter: Demonstration eines Röntgenbildes von Ostitis fibrosa cystica des linken Humerus bei einem 12jährigen Mädchen.

2. **Hummel** *„Über unsere Erfahrungen mit dem Friedmannschen Heil- und Schutzmittel"*:

Vortragender weist an der Hand der bisher veröffentlichten Arbeiten nach, daß die Meinungen über das Mittel noch nicht geklärt

sind und daß es zudem oft mit pathogenen Bakterien verunreinigt ist. Er hat 14 Kinder, darunter 10 lungenkranke mit dem Mittel injiziert. Nach ganz vorübergehender Besserung des einen oder anderen Symptoms verfielen die Kinder nach dem Verlauf von zirka 4 Monaten wieder in den alten Zustand, teilweise traten sogar Verschlechterungen auf. Vortragender kommt auf Grund seiner und vieler anderer Erfahrungen zu einer Ablehnung des Mittels und warnt vor allem vor einer Schutzimpfung.

3. **Drachter:** *„Das Friedmannsche Tuberkulosemittel bei chirurgischer Tuberkulose."*

Angewandt wurde das Friedmannsche Mittel in 34 Fällen chirurgischer Tuberkulose. Bedrohliche Zustände oder Schädigungen des Patienten wurden in keinem Falle beobachtet. Nur in einem Falle kam es zu einer Abszedierung an der Injektionsstelle, in 7 Fällen wurde wässerige Sekretion aus der Einstichöffnung konstatiert. Nach der Simultaninjektion trat nie Sekretion auf.

Bei wiederholter Untersuchung des Ampulleninhaltes konnten im bakteriologischen Institut kulturell stets Begleitbakterien (meist Staphylokokken) nachgewiesen werden.

2 Fälle von Coxitis tuberc. sind während der Behandlung gestorben, davon ein Fall an Basiliarmeningitis tuberc., in dem andern Falle war dem behandelnden Arzte eine sichere Diagnose nicht möglich. Daß das Mittel einen roborierenden Einfluß habe, konnte nicht bestätigt werden.

Heilungen oder Besserungen, die unzweideutig auf das Friedmannsche Mittel zu beziehen gewesen wären, wurden nicht beobachtet.

Für einige anscheinend spezifisch günstig beeinflußte Fälle ist zurzeit eine Erklärung noch nicht möglich.

Die Mitteilung weiterer Erfahrungen ist erwünscht.

Diskussion zu den Vorträgen Hummel-Drachter:

Hopf berichtet über 12 Fälle aus dem Gisela-Kinderspital. Nur einmalige Injektion in jedem Falle. 4 mal gefolgt von intravenöser Injektion bei drohender Vereiterung des Infiltrates. Technik und Indikationsstellung genau nach Friedmanns Angaben. Beobachtungszeit zirka 4 Monate. 2 Todesfälle kamen vor, sind aber nicht dem Mittel zur Last zu legen. 1 Säugling mit 2½ Monaten an Miliartuberkulose erkrankt, ein 15 monatiges Kind mit Ohr- und Lungentuberkulose gestorben sieben Wochen nach der Injektion. Keine Schädigung der 10 überlebenden Kinder. Wenig oder nicht verändert wurde der Zustand bei 3 Fällen von Knochen- und Hauttuberkulose, 1 Drüsenabszeß, 3 Fällen mit Phlyktäne.

Anfängliche Besserung bei 2 operierten Ohrtuberkulosen und 1 Peritonitis tuberculosa; bei 2 von diesen gebesserten 3 Fällen machten sich aber floridere Lungenerscheinungen bemerkbar, 3 Spondylitiden zeigten bei gleichzeitiger orthopädischer Behandlung Besserungstendenz, doch erfolgte bei der einen der Einbruch des erkrankten Wirbels in den ersten Tagen nach der Injektion (Herdreaktion). Ein Aufflammen chronischer Prozesse schien mit der Wirkung des Mittels nicht verbunden zu sein.

Ibrahim: Da wir in keinem Falle die Injektionen wiederholt haben (abgesehen von der in einigen Fällen nachträglichen intravenösen Injektion), entsprach unser Vorgehen durchaus den neuesten Indikationen Friedmanns. Die Zeit ist zwar zu kurz, um definitiv zu urteilen, aber von einem generellen Umschwung des Befindens der Kinder zum Besseren war jedenfalls nicht die Rede. Der akute Einbruch eines kariösen Wirbelkörpers schien eine recht unerfreuliche Herdreaktion. Er schien uns, ebenso wie das Rasseln auf vorher stillen Lungenpartien, ein Zeichen spezifischer Einwirkung des Mittels auf tuberkulöse Herde. Wir hätten unsere Versuche wohl noch nicht ab-

gebrochen, wenn nicht die Mitteilungen über den häufigen Gehalt des Mittels an pathogenen Keimen, die man doch bei der Injektion in die Jugularvenen direkt ins Herz spritzt, uns jede weitere Anwendung verboten hätten. Solange keine staatliche Kontrolle hierfür besteht, kann man nur eindringlichst vor weiteren therapeutischen Versuchen mit dem Mittel warnen.

Drachter (Schlußwort): In einem Falle, der sich auf eine einmalige Injektion mit IV rot auffallend besserte, seit kurzem aber wieder etwas verschlimmert hat, ist eine nochmalige Injektion mit IV rot beabsichtigt.

Sitzung vom 10. Juli 1914.

1. Besichtigung der neuen königlichen orthopädischen Klinik unter Führung des Herrn Lange.

2. **Lange:** *„Die Notwendigkeit des Zusammenarbeitens der Pädiatrie mit der Orthopädie."*

Lange führte die wichtigsten orthopädischen Erkrankungen in ihrem ersten Auftreten, ihrer Behandlung durch den Pädiater und durch den Orthopäden auf.

Der Beweis des notwendigen Zusammenarbeitens ist am schlagendsten an der Rachitis zu liefern, denn die Patienten kommen mit den schwersten rachitischen Verkrümmungen meist erst nach einer vom Pädiater eingeleiteten knochenfestigenden Behandlung in die Hände des Orthopäden. Es könnten durch gemeinsame therapeutische Maßnahmen viele blutige nach dem 6. Lebensjahre unumgängliche Operationen und damit verbundene Narkosen vermieden werden, denn Deformitäten bei weichen Knochen ließen sich durch Schienen oder leichtere unblutige Operationen (Infraktion) beseitigen.

In gleicher Weise sei der rachitischen Verbiegung der Wirbelsäule von seiten der Herren Kinderärzte große Beachtung zu schenken, ganz besonders der rachitischen Kyphose, die als harmlos angesehen werde, weil sie angeblich nicht versteift. In bezug auf die seitliche Verbiegung regte Prof. Lange an, es möchte in den Merkblättern für Säuglingsfürsorge auf die Gefahr des Tragens auf dem Arm hingewiesen und für die Verbreitung von Korbgeflechtladen gesorgt werden. Die Fortschritte in der Beachtung der Skoliose kamen dann zur Besprechung, wobei die Tatsache festgestellt werden konnte, daß durch Überweisen von Skoliosen geringen Grades durch die Schulärzte eine bedeutend aussichtsreichere und leichtere Behandlung ermöglicht wird. Durch aktive und passive Gymnastik, Stahlkorsett und Gymnastik oder Gipskorsett ließen sich mit den neuesten Methoden gute Resultate erzielen. Für ebenso dringend hält Lange die frühzeitige Behandlung der Poliomyelitis durch den Orthopäden, und zwar schon im Höhenstadium der Erkrankung durch die vollkommene Ruhigstellung der Wirbelsäule und damit des Rückenmarkes. Dies hätte am besten durch ein Gipskorsett zu geschehen, das natürlich auch durch den geschulten Pädiater hergestellt werden könne. Weiterhin käme die Verhütung von Kontrakturen in Betracht. Der genauen Untersuchung durch Kitzeln mit einer Nadel zur Feststellung, welche Muskeln gelähmt sind, habe eine Nachtschienenbehandlung zu folgen zur Verhütung der Überdehnung der geschädigten Muskeln. Ganz besondere Beachtung verdiene die Tensor-fasciae-Kontraktur (charakteristische Beugestellung im Hüftgelenk), deren Beginn oft unbemerkt bleibe und häufig die Ursache dafür darstelle, daß die Kinder nicht gehen lernen. Zur Verhütung der Kontraktur käme wiederum ein Gipsbett mit Beinlade in Frage, um das Bein in Adduktion und Überstreckung zu halten.

Zum Schluß kam die Frage der Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose zur Erörterung, die speziell durch

die Erfolge Rolliers in Leysin in neue Bahnen geleitet ist. Grundprinzip der Sonnenbehandlung sei die höchstens 2 Stunden am Tage währende Bestrahlung in einer erfrischenden, ja, rauhen Bergluft. Ein Erfordernis bestehe in der Betätigung von tüchtigen Orthopäden, die einen wirklich guten Gehgips anzufertigen vermögen und gleichzeitig Sonnenbehandlung durchführen können. Dadurch ließen sich wohl noch bessere Resultate erzielen als in Rolliers Sanatorien; denn die Erfolge durch Gehgips- und Apparatbehandlung ohne Sonne könnten sich neben denen von Rollier wohl sehen lassen.

In dieser Beziehung, in der Errichtung von Freilichtinstituten in unseren bayerischen Bergen, wäre ein gemeinsames Arbeiten von Pädiater und Orthopäden von großer Zukunft.

Während des Vortrages erfolgte die Vorstellung von Patienten in Gips und Apparaten, Behandlungsresultaten und die Anfertigung von Gipsladen und Gipsschienen durch die Assistenten der Klinik.

Diskussion: Trumpp und ein auswärtiger Gast.

Albert Uffenheimer (München).

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde zu Berlin. (Pädiatrische Sektion.)

Bericht von **H. Kleinschmidt**, Berlin.

Sitzung vom 11. Mai 1914.

1. **R. Bieling** (a. G.): *„Über die Einwirkung endokriner Drüsenextrakte auf den Stoffwechsel rachitischer Säuglinge."*

Das Knochensystem wachsender Tiere ist ein sehr feines Reagens für Schädigungen der verschiedensten Art. Der Vorderlappen der Hypophyse und die Parathyreoidea ist von Einfluß auf das Knochenwachstum. Auch dem Thymus ist eine gewisse Bedeutung zuzuschreiben. Bei der Rachitis des Menschen werden pathologische Veränderungen an dem Thymus nicht gefunden. Dagegen ist ein Zusammenhang mit Veränderungen der Nebenschilddrüse wiederholt vermutet worden und ihr Einfluß auf die Verkalkung nachgewiesen; denn Ratten bilden nach Exstirpation der Parathyreoidea an den Nagezähnen Dentin, das nicht verkalkt.

Vortragender studierte den Einfluß subkutaner Injektionen von Drüsenextrakten auf den Kalkstoffwechsel bei rachitischen Kindern. Der Stoffwechselversuch wurde in drei 5tägigen Perioden ausgeführt, und zwar vor der Behandlung mit den Drüsenextrakten, in den letzten 5 Tagen der 12 bis 15 Tage dauernden Injektionsbehandlung und nach Ablauf der Behandlung. Die Nahrung war stets die gleiche.

1. Versuchsreihe: Tägliche Injektion von 0·3 cm³ eines 10%igen Hammelnebenschilddrüsenextraktes. Im Vorversuch negative Kalk- und Phosphorbilanz. Während der Injektionsbehandlung positive Bilanz, im Nachversuch wiederum zurückgehende Retentionswerte.

2. Versuchsreihe: Injektion von Kälberthymusextrakt. Die Injektion bewirkt im Kalk- und Phosphorstoffwechsel keine Änderungen.

3. Versuchsreihe: Tägliche Injektion von 0·3 cm³ eines 30%igen Rinderhypophysenvorderlappenextraktes. Hierbei wurde die Kalkbilanz negativ. Phosphorbilanz positiv.

Nach diesen Ergebnissen ist den Nebenschilddrüsen eine große Bedeutung für den Kalkstoffwechsel zuzusprechen.

Diskussion: O. Meyer erinnert an seine früher mitgeteilte Beobachtung, nach der Parathyreoidin auch klinisch einen günstigen Einfluß bei Spasmophilie und Rachitis entwickelt.

Langstein erwähnt die Beobachtung von Weichselbaum, der bei Rachitis eine Hypertrophie der Epithelkörperchen gefunden hat, und ferner die Untersuchungen von Moll, der das gleiche bei experimenteller Spasmophilie gefunden hat.

Bieling erklärt im Schlußwort, daß er klinische Erfolge nicht gesehen hat.

2. **E. Reinike** (a. G.): *„Lipoidsubstanzen im Urinsediment beim Kinde."*

Mittels des Polarisationsmikroskops wurde das Urinsediment 100 nierenkranker Kinder auf Lipoide in Form doppeltbrechender Tropfen untersucht. Negative Resultate ergaben die Untersuchungen bei akuter Nephritis, bei Tuberkulose und Lues. Ebenso bei orthotischer Albuminurie. Hier wurden nie Lipoide gefunden, auch dann nicht, wenn im übrigen ein ziemlich reichlicher Gehalt an Formbestandteilen nachweisbar war.

Achtmal war der Befund positiv. Bei 4 von diesen Fällen, von denen sich 2 auf Diphtherie beziehen, war der Befund nur ein ganz vereinzelter.

Vier Fälle, von denen 2 das klinische Bild der schwersten Form einer chronischen degenerativen Nephrose zeigten, schieden während einer Beobachtungsdauer von ½ Jahr dauernd Lipoide aus.

Der Lipoidnachweis im Urinsediment ist eine Stütze der Abgrenzung degenerativer Nierenerkrankungen von den entzündlichen und funktionellen.

Diskussion: Herbst fragt an, welche Formbestandteile bei der orthotischen Albuminurie gefunden wären.

Reinike erwidert, daß Zylinder gefunden worden sind.

Langstein. Es sind nicht genügend Krankengeschichten von orthotischer Albuminurie mit Zylindrurie publiziert. Pollitzer hat Nephritiden von orthotischem Typ mit Chondroiturie beschrieben.

Munk weist auf die Bedeutung des Lipoidnachweises hin, durch den es ermöglicht wird, eine degenerative Nephrose von einer Nephritis entzündlicher Art zu unterscheiden. Besonders reichlich ist der Befund bei der Syphilisniere, kommt aber auch z. B. bei der Schrumpfniere vor. Bei der Untersuchung auf Lipoide sind gewisse Fehlerquellen zu beachten (Kristalle, Haare, Öl), deshalb soll die Diagnose sich nicht auf einen einmaligen Befund stützen.

Orgler hat mit Kaiserling zuerst die Lipoide in der Niere nachgewiesen. Sie sind stets das Zeichen schwerer degenerativer Veränderungen.

Finkelstein sah das typische Bild der degenerativen Nierenerkrankung bei Lues congenita. Er zweifelt nicht, daß hier ebenso wie beim Erwachsenen Lipoide im Urin nachweisbar sein dürften.

Eckert weist darauf hin, daß bei der Anstrengungsalbuminurie und der prämonitorischen Albuminurie bei Tuberkulose neben Eiweiß auch Formelemente gefunden werden. Diese Formen der Eiweißausscheidung sind zu trennen von der orthotischen Albuminurie, bei der Formelemente vermißt werden.

Leppmann fragt, ob in den Fällen mit Lipoidausscheidung Augenhintergrundsveränderungen beobachtet werden, da die weißen Flecke im Augenhintergrund Lipoide enthalten.

Baginsky bezweifelt die Möglichkeit einer scharfen Trennung degenerativer und entzündlicher Nierenveränderungen.

Munk hat den Befund an der Retina nicht erhoben, hält es jedoch für wahrscheinlich, daß bei Vorhandensein einer Retinitis albuminurica Lipoidausscheidung vorkommt. Die Syphilisniere der Säuglinge ist keine rein degenerative Erkrankung.

Kassel hat entzündliche und degenerative Veränderungen nebeneinander in der Syphilisniere beobachtet.

Wolff-Eisner meint, daß auf das Auftreten von Lipoiden im Urin nicht die Unterscheidung von degenerativen und entzündlichen Prozessen begründet werden könnte, wenn Lipoide auch bei der Schrumpfniere auftreten.

Munk erklärt, daß aus dem Lipoidgehalt allein nur akut entzündliche Prozesse von den degenerativen getrennt werden können.

Stolte. Zwischen der orthotischen Albuminurie und der Anstrengungsalbuminurie ist eine strenge Scheidung nicht durchführbar. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn auch bei der orthotischen Albuminurie Zylinder gefunden werden.

Langstein widerspricht Stolte und verweist auf Götzkys unübertreffliche Untersuchungen.

Baginsky hält die scharfe Trennung zwischen orthotischer Albuminurie und Nephritis für bedenklich.

Reinike nimmt für sich ebenfalls das Recht exakter Untersuchungen in Anspruch.

Sitzung vom 8. Juni 1914.

Vor der Tagesordnung:

Baginsky teilt die Krankengeschichte eines 5jährigen Mädchens mit akuter septischer Peritonitis mit.

Aus dem Blute wurden Streptokokken gezüchtet. Die Sektion ergab keinen Ausgangspunkt für die Erkrankung, insbesondere war der Appendix frei. Die Mesenterialdrüsen waren geschwollen und enthielten zum Teil käsige Massen.

Müller sah im Verlaufe von Grippeerkrankungen 3mal eine derartige Peritonitis.

Tagesordnung:

1. **Engel:** „*Die Harnentleerung des Säuglings.*"

Eine Literatur über die Harnentleerung des Säuglings existiert fast gar nicht. Vortragender ließ zunächst durch halbstündige Kontrolle feststellen, ob die Kinder naß waren. Aber die Störung hierbei bringt Nachteile mit sich, deshalb brachte er Säuglinge in Stoffwechsellage und ließ den Urin in einem Glasbehälter mit Platinelektroden auffangen, die die Verbindung mit einem elektrischen Läutwerk herstellten. Die einzelnen Urinportionen wurden so gezählt und gemessen. Der normal ernährte Säugling hat durchschnittlich 25 Entleerungen täglich; doch kommen nicht unerhebliche Schwankungen vor (Maximum 43), bei reichlicher Flüssigkeitszufuhr kann die Zahl 60 überschreiten. Schloß hat angegeben, daß die Entleerung periodisch erfolge. Sie erfolgt jedoch gewöhnlich unperiodisch. Es bestehen nur Unterschiede zwischen Schlafen und Wachen. Im Wachen wird häufiger Urin gelassen. Oft unmittelbar hintereinander 3- bis 4mal. Bei Kindern, die fast stets schlafen, erfolgt dagegen die Entleerung in

regelmäßigen Pausen. Die Durchschnittsmenge der einzelnen Entleerungen beträgt 15 bis 20 cm^3. Die maximalen Werte liegen zwischen 50 und 90 cm^3. Die Urinmenge am Tage ist größer als in der Nacht. Der Unterschied kann jedoch gering sein.

Hiernach verhält sich der Säugling wie ein großhirnloses Individuum. Die vermehrten Reize, die das wache Kind treffen, führen zu einer häufigeren Entleerung.

Diskussion: L. F. Meyer vermißt bestimmte Gesichtspunkte in den mitgeteilten Untersuchungen. Der Unterschied zwischen Tag und Nacht beruht vielleicht auf der Nahrungsaufnahme. Von Bedeutung für die Harnmenge und die Schnelligkeit der Entleerungen ist Quantität und Qualität der Nahrung, Umgebungstemperatur und das Wasserbindungsvermögen des Organismus.

Tugendreich konnte bei einem Säugling mit Blasenektopie ebenfalls Unterschiede zwischen Tag und Nacht feststellen unabhängig vom Wachen und der Nahrungsaufnahme.

Engel betont, daß es ihm nur darauf ankam die Harnentleerung zu studieren, nicht den Wasserstoffwechsel, von dem L. F. Meyer gesprochen habe. Die Abhängigkeit von der Nahrungsaufnahme ist seines Erachtens nicht deutlich.

2. **Stier:** „*Abgrenzung und Begriff des neuropathischen Kindes.*"

Die Umgrenzung des Begriffes Neuropathie fehlt bisher. In den Lehrbüchern werden ganz heterogene Dinge zusammengebracht. Der Krankheitsbegriff muß hier ausgeschaltet werden, denn die Konstanz der Symptome fehlt. Es handelt sich um Störungen in der psychisch-nervösen Entwicklung. Die Entwicklung der Psyche findet nur extrauterin statt. Sie erfährt je nach der Anlage verschiedene Störungen. Man hat zu unterscheiden:

1. Störungen im Reflexmechanismus, neuropathische Störungen.
2. Anomalien im Vorstellungs- und Verstandesleben, intellektuelle Störungen.
3. Abweichungen in der Trieb- und Instinktreaktion, psychopathische Störungen.

Die Störungen im Reflexmechanismus äußern sich in einer Herabsetzung der Reizschwelle, in übermäßig schneller und sich weiter ausbreitender Reaktion. Die Störungen betreffen alle Gebiete sensibler-sensorischer Art, z. B. den Nervus opticus in Form der Lichtscheu, den Nervus vestibularis beim Eisenbahn- und Karussellfahren. Die Haut in Form unangenehmer Empfindungen beim Tragen wollener Strümpfe. Die Blase in Form der Enuresis. Die motorischen Nerven in Gestalt von Muskelunruhe. Die erhöhte reflektorische Erregbarkeit betrifft auch das Gebiet der bedingten Reflexe. Die bedingten Reflexe bilden sich schneller aus und können schlechter wieder gelöst werden. Hierher sind gewisse häßliche Angewohnheiten zu rechnen, z. B. Daumenlutschen, Nägelkauen, auch Spasmus nutans.

Sitzung vom 13. Juli 1914.

Vor der Tagesordnung:

1. **Paderstein:** „*Dermoidzyste der Konjunktiva.*"

In der Lidspalte des rechten Auges nahe dem äußeren Winkel sitzt ein Gebilde, das wie eine Duplikatur der Bindehaut aussieht. Dermoide der Konjunktiva sind nicht selten, sitzen aber häufiger im inneren Augenwinkel. Der Tumor enthält Fett und hat eine kutisartige Kapsel. Er ist gutartig, wächst langsam, aber nicht über die Hornhaut und bedingt keine Sehstörung. Entfernung geschieht nur aus kosmetischen Rücksichten.

Tagesordnung.

2. **Peritz:** *„Demonstration von Hydrozephalusfällen mit hypophysären Symptomen."*

Nach der experimentellen Forschung ist ein Zusammenhang zwischen Fettwuchs und Zwergwuchs einerseits und Hypophysenveränderungen anderseits sicher gestellt. Eine hypophysäre Adipositas ist bei akutem Hydrozephalus beschrieben. Weniger ist darüber bei chronischem Hydrozephalus bekannt.

1. Knabe mit Little scher Starre hat Hydrozephalus von Jugend auf. Deutliche Spasmen der Adduktoren, Intentionstremor, starke Fettsucht. Das Röntgenbild zeigt Vergrößerung der Sella turcica.

2. 3jähriger Knabe Schädelumfang 59 cm, kann noch nicht laufen, hat deutliche Fettsucht, Sella turcica nicht verändert.

Dieser negative Röntgenbefund spricht nicht gegen Hypophysenveränderung. Im Gegenteil; bei Hydrozephalus kann das Infundibulum abgeknickt werden und das Sekret der Pars intermedia nicht in den Liquor gelangen.

3. Differentialdiagnostisch schwieriger Fall zwischen Hydrozephalus und Lues cerebri. Zwergwuchs, Fettsucht, mangelhafte Behaarung, erhöhter Druck des Liquors. Wassermann positiv. Nach Behandlung wurde der Zustand besser. Da kongenitale Lues zu Hydrozephalus führen kann, anderseits auch zu einer gummösen Erkrankung der Hypophyse, ist hier eine sichere Entscheidung nicht möglich. Für Hydrozephalus spricht allerdings der erhöhte Liquordruck.

4. 9½jähriger Knabe, 1 m 5 cm groß. Seit 3 Jahren krank. Im Anschluß an einen Fall Ataxie, Schwäche im linken Fazialis, Abduzens- und Okulomotorius-Parese. Nystagmus, Sehnervenatrophie, spastische Erscheinungen an den Beinen, besonders links. Intentionstremor. Geringe Fettsucht. Wassermann negativ. Pirquet positiv. Im Röntgenbild offene Nähte, deutliche Impressionen. Gegen Tumor der Vierhügelgegend, der hypophysäre Symptome machen könnte, spricht die 3jährige Dauer des Leidens und das Fehlen von Stauungserscheinungen. Wahrscheinlich ist Hydrozephalus oder die Kombination von Tumor und Hydrozephalus.

In den beiden ersten Fällen kam es zu einer Exazerbation des Hydrozephalus. Der Balkenstich bringt keine Vorteile, denn seine Wirkung dauert nur 2 bis 3 Wochen. Die Heilung des Hydrozephalus verlangt dauernden Abfluß. Payr leitet ihn in die Vena jugularis ab, andere vom Rückenmark ins Peritoneum. Aber diese Eingriffe sind sehr erheblich.

Diskussion: Baginsky hat bei Gumma der Hypophyse als erste Ausfallserscheinung Diabetes insipidus gesehen und fragt, ob bei diesen Fällen nie dergleichen beobachtet wurde.

Peritz hat Diabetes insipidus nicht gesehen. Erklärt dieses aber für leicht verständlich; denn es handelt sich beim Diabetes insipidus um eine Reizerscheinung, bei Hydrozephalus aber bestehen nur Ausfallserscheinungen.

Diskussion zum Vortrage des Herrn Stier. Abgrenzung und Begriff des neuropathischen Kindes.

Peritz. Unter den Neuropathen sind die spasmophilen Kinder als ein bestimmter Typ abzugrenzen. Man findet auch bei älteren Kindern vielfach erhöhte elektrische Erregbarkeit. Es sind das meist schlanke Kinder mit schlechter Muskulatur. Ihre Haut ist kühl, die Hände und Füße sind livide gefärbt, die Arterie stark gespannt. Diese Kinder lassen sich nicht scharf von Psychopathen trennen. Sie neigen zu Epilepsie, Migräne und Asthma, das vielleicht ein Äquivalent zum Glottiskrampf darstellt. Im Blute findet man die Leukoblasten Pappenheims.

Stier fühlt sich mißverstanden. Gewiß sind bei vielen Kindern beiderlei Symptome (Neuro- und Phychopathie) vorhanden. Anderseits ist die Trennung oft durchführbar. Kopfschmerzen sind wohl am wahrscheinlichsten in Zusammenhang mit Hydrozephalus zu bringen. Übergänge von der Spasmophilie zur Epilepsie möchte er bestreiten.

3. **Falk:** *„Zur Therapie des Tetanus neonatorum."*

Vortragender behandelte mit Erfolg im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause 3 Fälle von Tetanus neonatorum mit subkutanen Injektionen von Magnesium sulfuricum; unter diesen befanden sich 2 sehr schwere Fälle, die nach früheren Erfahrungen eine letale Prognose gaben. Das Magnesium bewährte sich als vorzügliches Symptomatikum; es gelang bei den Kindern schwere Krampfanfälle ganz zu vermeiden und die Spasmen wesentlich zu verringern; so war es vor allem möglich, die Kinder, die mit stärkstem Trismus in Behandlung genommen wurden, unter Magnesiumwirkung mit der Flasche zu füttern; mit Chloral war der gleiche Effekt nicht erreichbar, jedoch wurde der 3. leichtere Fall mit Chloral nebenbei behandelt. Er steht am Ende der Behandlungszeit.

Da keine Unterlage bestand, was mit der Magnesiumwirkung beim Tetanus neonatorum erreicht werden mußte, um einen guten Enderfolg zu haben, ging Vortragender, nachdem kleinere Anfangsdosen nicht den von den Amerikanern bei Erwachsenen beschriebenen Effekt hatten, zu so hohen Dosen über, daß eben schwere Anfälle vermieden wurden; zirka 3 mal täglich, sobald erneute schwere Anfälle auftraten, wurde injiziert. Fall I erhielt so 0·55—4·0 g, Fall II 0·45—3·6 g, Fall III 0·6—2·1 g Magnesiumsulfat als Tagesdosis, Fall III daneben 0·3—0·9 g Chloral rektal.

Nach zirka 10tägiger Behandlungszeit trat bei Fall I 4 Stunden nach einer Injektion oberflächliche Atmung ein, bei Fall II ½ Stunde nach einer Injektion Atemstillstand. Eine intramuskuläre Injektion von 5 cm^3 CaCz-Lösung brachte wie in dem bekannten Tierversuche die Atmung prompt in Gang, daneben künstliche Atmung.

Es wurden nicht wesentlich höhere Einzeldosen verwandt, wie sie Behrend bei Spasmophilie gab, aber Behrend gab diese Dosen nicht so lange Zeit. Man glaubte zwar vor Kumulierung gesichert zu sein, da nur injiziert wurde, wenn neue Anfälle das Abklingen der Magnesiumwirkung anzeigten. Den Atemstörungen ging hohes Fieber voraus, vielleicht ist somit bei hohem Fieber Vorsicht geboten, weil möglicherweise die Magnesiumausscheidung dann gestört sein könnte und so Kumulierung eintritt. Vorschlag einer Kontrolle der Magnesiumausscheidung bei weiteren Fällen und so Schutz vor Überdosierung. Plötzliches Runzeligwerden der vorher prallen und ödematösen Haut ging der Atemstörung voraus; auch wurde um diese Zeit eine Eruption von Bläschen an verschiedenen Körperstellen bemerkt; diese Befunde dürften ebenfalls Vorsicht gebieten.

Die beiden Fälle waren zirka 28 Tage nach Beginn der Erkrankung fieberfrei und zirka 14 Tage respektive 3 Wochen in Magnesiumbehandlung; die Spasmen hielten noch zirka 3 Monate an, die Kinder waren während dieser Genesungszeit psychisch übererregbar. Die Kalziuminjektion hinterließ bei Fall I ein schmerzhaftes Infiltrat in der Streckmuskulatur des Oberschenkels, die Streckmuskeln schienen gelähmt, es trat aber Heilung ein. Die häufigen enormen Temperatursteigerungen scheinen den demonstrierten Kurven nach von der Stärke der Krampfanfälle beeinflußt.

Bei Spasmophilie wirken Magnesium und Kalzium krampfhemmend, bei den Tetanuskindern hob Kalzium die Wirkung des Magnesiums auf. Stadler weist darauf hin, daß es sich hier wohl um verschiedene Angriffspunkte des Kalziums handeln könne. Bei der Spasmophilie ist ja ein Teil der Kalziumwirkung wohl sicher zentral;

es besteht nun in der Literatur weder sichere Klarheit über den Angriffspunkt des Tetanusgiftes noch über den Angriffspunkt des Magnesiums; vom Magnesium nimmt Meltzer eine zentrale und periphere Wirkung an, Wike nur eine kurareartige, also periphere,

Da es Vortragendem schien, als ob das Magnesium bei dem 2. Falle, der stärkere Reflexübererregbarkeit neben Spasmen zeigte, nicht so gut wirkte als bei dem 1. Falle, hält er Versuche der Verwendung eines nur zentral wirkenden Narkotikums, des Chlorals, neben Magnesium für angebracht.

Diskussion: Finkelstein. Die Prognose des Tetanus wird in hohem Grade beherrscht von der Dauer der Inkubation. Bei längerer Inkubation (7 Tage und darüber) sind seine 3 letzten Fälle durchgekommen. Wenn die plötzlichen tetanischen Stöße durch die Magnesiumbehandlung ausgeschaltet werden, so ist sie sehr zu begrüßen, denn seine Todesfälle erfolgten stets in solchen Anfällen.

Czerny fragt, ob in den mitgeteilten Fällen Tetanusbazillen nachgewiesen wurden.

Falk: nein, es wurde nicht darauf untersucht.

Czerny hat bei großem Material nie einen Fall gesehen, in dem Bazillen gefunden wurden, obwohl die sachkundigsten Bakteriologen danach gesucht haben. Er hält es für sehr auffallend, daß eine symptomatische Behandlung den infektiösen Prozeß beseitigen sollte. Es handelt sich offenbar um eine Krankheit des Neugeborenen besonderer Art. Erst wenn wir Gelegenheit haben, geheilte schwere Fälle längere Zeit zu beobachten, wird sich zeigen, wie diese Erkrankung zu beurteilen ist.

Baginsky erinnert an den aus seiner Klinik berichteten Fall, in dem Kitasato die Tetanusbazillen nachgewiesen hat. Sonst hat er auch nie Tetanusbazillen gesehen, hat aber trotzdem an der Tatsache nie gezweifelt.

Finkelstein betont, daß Enzephalitis und Hirnblutungen zu tetanusähnlichen Symptomen führen können. Für das Vorkommen eines echten infektiösen Tetanus spricht die Häufigkeit des Tetanus in Gegenden, wo Erde zu Nabelverbänden benutzt wird. Die Schwierigkeit des Bazillennachweises mag daran liegen, daß sie durch besondere Verhältnisse bereits verschwunden sind, wenn wir Gelegenheit zur Untersuchung haben.

Czerny. Auch in neuester Zeit kommt die Erkrankung in den Tropen vor trotz antiseptischer Behandlung des Nabels. Beim Erwachsenen gelingt der Nachweis des Bazillus leicht, beim Neugeborenen nicht.

Baginsky hat wegen der klassischen Übereinstimmung mit dem Erwachsenentetanus nie an der Ätiologie des Neugeborenentetanus gezweifelt.

Falk. Schwere Darmerscheinungen wurden unter der Behandlung nie beobachtet. Die Behandlung war keine rein symptomatische, da auch Serum gegeben wurde. Die Inkubationszeit betrug 6 beziehungsweise 9 Tage. 25%ige Magnesiumsulfatlösung machte einmal Hautnekrose, die anderen Lösungen nicht. Später wurde meist 15%ige angewandt.

Besprechungen.

W. Kruse und **Paul Selter.** *Die Gesundheitspflege des Kindes.* (Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1914. Mit 122 Textabb.)

Unter Heranziehung einer Reihe von Mitarbeitern haben die Verff. eine wissenschaftliche Darstellung der „Gesundheitslehre

und -pflege im Kindesalter" geschaffen. In einer für den gebildeten Laien verständlichen Form werden Wachstum und Ernährung, Kleidung und Körperpflege, Geistes- und Körperübung, Fürsorge und Gesundheitspflege in den verschiedenen Altersstufen des Kindesalters dargestellt. In den Kapiteln über Fürsorge für kranke Kinder, für Krüppel, Idioten, nervöse und verwahrloste Kinder wird ein reiches Material niedergelegt. Von großer Erfahrung sprechen die Aufsätze von F. A. Schmidt (Bonn) über Geistes- und Körperübung, über Gesundheitspflege im Übergangsalter und über die Tätigkeit an Hilfsschulen; ebenso die von Aschaffenburg über die Fürsorge für nervöse und verwahrloste Kinder. Zweifelhaft dagegen ist, ob eine ausführliche Darstellung der „Hygiene der Umgebung" und des „Seuchenschutzes", welche man in jedem Lehrbuch der Hygiene findet, in den Rahmen dieses Werkes hineingehört.

A. Keller (Berlin).

Hans Bahrdt. *Bibliographie der gesamten Kinderheilkunde für das Jahr 1913.* (Verlag von Julius Springer, Berlin, 1914, M. 24.—.)

Die Bibliographie ist gut zusammengestellt und erleichtert den wissenschaftlichen Arbeitern die Übersicht über die pädiatrische Literatur. A. Keller (Berlin).

Julius Misch. *Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde.* (Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart. 1914. Preis: M. 36.—.)

Die Grenzgebiete umfassen beinahe die gesamte Medizin mit Ausnahme der Chirurgie (innere, Nerven-, Haut-, syphilitische, Frauen-, Nasen-, Hals-, Augen-, Ohren-, Gewerbekrankheiten). Jeder einzelne Abschnitt ist von einem Vertreter der betreffenden Disziplin dargestellt und der Herausgeber Misch fügt in den Text das ein, was vom zahnärztlichen Standpunkte aus als wissenswert hinzuzufügen ist. So sind von Tugendreich und Misch gemeinsam die Kinderkrankheiten dargestellt. Der Kinderarzt versucht das beizubringen, was dem Zahnarzt auf dem Gebiete der Kinderheilkunde besonders zu wissen notwendig ist, und umgekehrt. Es macht den Eindruck, als ob bei diesem Austausch der Vorteil auf seiten der Zahnheilkunde liegt. A. Keller (Berlin).

Otto Trüdinger. *Die Milchversorgung in Württemberg.* (Verlag von Duncker und Humblot, 1914, 127 S.; Preis: brosch. M. 3.60.)

Die in den „Schriften des Vereines für Sozialpolitik" erschienene Schrift des Verf. behandelt einen Gegenstand, der auch für den Kinderarzt Bedeutung hat. Sie gibt auf Grund sorgfältig erarbeiteten statistischen Materials eine Darstellung der Verhältnisse in Württemberg, wie sie sich dort im Laufe der jüngsten Vergangenheit entwickelt haben, die in vieler Beziehung interessant und lehrreich ist. Das gilt besonders für die Entwicklung des Molkereigenossenschaftswesens, die Bestrebungen zur Überwachung des Milchhandels in den Städten,

die Beziehungen der Milchproduktion zur Fleischversorgung und viele andere Fragen. Die Steigerung der Milchpreise ist, wie Verf. zeigt, durch die entsprechende Steigerung der Produktionskosten — Arbeitslöhne, Futterpreise — vollkommen gerechtfertigt. Wer sich für Fragen der Milchversorgung interessiert, kann aus der Darstellung des Verf. viel Belehrung und Anregung schöpfen. H. Vogt.

Willy Bierer. *Die hausindustrielle Kinderarbeit im Kreise Sonnenberg.* Ein Beitrag zur Kritik des Kinderschutzgesetzes. (J. C. B. Mohr, Tübingen, 1913, 167 S.; Preis: geb. M. 5.—.)

Eine mit Hilfe der Volksschullehrer durchgeführte Erhebung über den Umfang der industriellen Kinderarbeit im Kreise Sonnenberg, einem Hauptsitz der Hausindustrie, hat ergeben, daß dort die Heranziehung der schulpflichtigen Kinder zur Erwerbstätigkeit in einem Maße geschieht, das den Einschränkungen Hohn spricht, die das Kinderschutzgesetz herbeiführen wollte. Dabei hat es keineswegs an eifrigen Bemühungen der Verwaltungsbehörden gefehlt, die dem Gesetz Geltung verschaffen sollten. Verf. versucht die Ursachen für das Scheitern des Kinderschutzgesetzes in diesem bestimmten Falle klarzulegen und kommt zu dem Ergebnis, daß die notwendige Voraussetzung für seine Durchführbarkeit, die unbedingt erstrebt werden muß, eine Hebung der Hausindustrie und ein Ausbau der öffentlichen Jugendfürsorge sind. Die wertvolle Studie des Verf. sei allen, die sich für Fragen des Kinderschutzes interessieren, warm empfohlen. H. Vogt.

Edm. v. Neusser. *Über Anämien.* Drei Vorträge aus dem Jahre 1890. (W. Braumüller, Wien und Leipzig, 79 S.; Preis: geh. M. 1.80.)

Diese aus dem Nachlasse des bekannten Wiener Klinikers stammenden Vorträge erscheinen zum ersten Male jetzt im Druck. Sie bilden, wenn sie auch in manchen Einzelheiten dank der fortschreitenden Forschung überholt sind, auch heute noch eine genußreiche Lektüre. H. Vogt.

Heinrich Stern. *Theorie und Praxis der Blutentziehung.* Nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft bearbeitet. (C. Kabitzsch, Würzburg; Preis: brosch. M. 3.50.)

Die Begründung für die Abfassung der vorliegenden Monographie über den Aderlaß hat Verf. nach Ausweis des Vorwortes darin gefunden, daß der Aderlaß ihm wieder „eine Bedeutung zu gewinnen scheint, die ihm eine neue Blüteperiode in Aussicht stellt und jedenfalls den Wunsch rechtfertigt, die in den letzten Jahren gemachten Fortschritte auf diesem Gebiete in systematischer Ordnung, dem Rahmen eines kleinen Buches angepaßt, darzustellen". Wäre daraus eine gute kritische Monographie entstanden, so brauchte ihr Erscheinen nicht gerechtfertigt zu werden. Das ist aber leider nicht der Fall. Als Illustration genüge ein Satz (S. 137): „Mir kommt

es beinahe vor, als ob die so häufige Neurasthenie unserer Tage ihren Grund in der außerordentlich seltenen Vornahme des prophylaktischen Aderlasses habe." Der Blutuntersuchung im Kindesalter ist ein eigenes Kapitel gewidmet. H. Vogt.

A. v. Strümpell. *Blutkreislauf und Arteriosklerose.* (H. Heller und Komp., Wien und Leipzig, 1914, 54 S.; Preis: brosch. M. 1.—.)

Der in der Wiener Urania gehaltene Vortrag zeigt nicht nur die bekannte Darstellungsgabe des Verf., er bildet zugleich ein Muster für eine populäre Darstellung medizinischer Gegenstände, die alles vermeidet, was unnötige Beunruhigung der Laien hervorrufen könnte. H. Vogt.

Aug. Hoffmann. *Diättherapie bei Herzkrankheiten.* (Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh. von Albu, Bd. III, H. 8, C. Marhold, Halle; Preis: M. 1.40.)

Wenn es auch keine therapeutische Diät gibt, durch welche ein organisches Herzleiden sich unmittelbar beeinflussen ließe (Krehl), so gibt es doch zahlreiche diätetische Einzelheiten, die mittelbar für den Herzkranken wichtig sind. Diese werden in dem vorliegenden Heft kurz und bündig besprochen. Auf die besonderen Verhältnisse des Kindesalters wird nicht näher eingegangen. Klotz.

Hugo Starck. *Lehrbuch der Ösophagoskopie.* 2. Aufl. mit 110 Abb. (Verlag von Kurt Kabitzsch, Würzburg, 1914. Preis: M. 8.—.)

Interessant ist die Tatsache, daß die praktischen Ergebnisse der Ösophagoskopie seit der Mikuliczschen Ära wesentliche Fortschritte nicht gemacht haben, daß seit dieser die ganze Arbeit auf diesem Gebiet sich lediglich auf Verbesserung der Technik und des Instrumentariums beschränkt. Der allgemeine Teil des Lehrbuches ist der Geschichte der Ösophagoskopie, der Anatomie und Physiologie der Speiseröhre, der Technik und dem Instrumentarium der Ösophagoskopie gewidmet. Der spezielle Teil bespricht die Erkrankungen der Speiseröhre und berichtet über die klinischen Erfolge der Ösophagoskopie. Instruktive Abbildungen illustrieren den Text; ein sehr ausführliches Literaturverzeichnis beschließt das Buch. A. Keller (Berlin).

Inhalt.

Grimmer. *Sammelreferat über Milchwissenschaft und Molkereipraxis 81.* — **Allgemeines. Lereboullet** und **Schreiber.** *Kinderheilkunde 125.* — **Physiologie und allgemeine Pathologie. Judson** und **Nicholson** *125.* — **Morse** und **Wyman.** *Blutdruck 126.* — **Rosenthal** und **Kleemann.** *Einwirkung von mütterlichem und fötalem Serum auf Trypanosomen 126.* — **Vas.** *Sehnenreflexe 126.*

— **Allgemeine Diagnostik.** **Park, Zingher** und **Serota.** *Schicksche Reaktion 126, 127.* — **Mielke.** *Spitzendämpfung 127.* — **Behandlung und Pflege.** **Blechmann.** *Technik der Blutentnahme 127.* — **Salge.** *Beruhigung schreiender Säuglinge 127.* — **Heiman.** *Kühlung des Krankenzimmers 128.* — **Bakteriologie.** **Creeley.** *Keime der Pocken, Windpocken und Kuhpocken 128.* — **Brown** und **Smith.** *Atoxische Stämme von Diphtheriebazillen 128.* — **Serologie und Immunitätslehre.** **Schiff.** *Serologisches Verhalten eineiiger Zwillinge 129.* — **Weill-Hallé.** *Anaphylaxie gegen Milch 129.* — **Méry.** *Serumkrankheit 129.* — **Michiels.** *Intrakutane Serumreaktion 129.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie.** **Neff.** *Abgerahmte Frauenmilch 130.* — **Aschenheim.** *Quarkfettmilch 130.* — **Gast.** *Odda K. 130.* — **Karnitzky.** *Zusammensetzung des Blutes und Konstitution 131.* — **Langstein.** *Diätetik 132.* — **Miller.** *Ernährung bei Atrophie 132.* — **Lesage.** *Atrophie-Athrepsie 132.* — **Pacchioni.** *Ernährungsstörungen 133.* — **Triboulet** und **Godlewski.** *Anwendung des Meerwassers 133.* — **Weill** und **Dufourt.** *Reaktion des Stuhles 133.* — **Milchwissenschaft und Molkereipraxis.** **Capps** und **Davis.** *Septische Angina und infizierte Milch 134.* — **Wachstum und Stoffwechsel.** **Klose.** *Körperzusammensetzung 134.* — **Peiser.** *Fettaustausch 134.* — **Schlutz.** *Fettresorption bei Tuberkulose 135.* — **Talbot** und **Hill.** *Einfluß des Milchzuckers 135.* — **Bergmark.** *Zuckerresorption und Blutzuckerspiegel 135.* — **Benedict** und **Talbot.** *Gasstoffwechsel 135.* — **Marfan, Dorlencourt** und **Saint-Girons,** *Mineralverluste durch den Stuhl 136.* — **Nobécourt.** *Azotämie 136.* — **Neugeborene.** **Peller.** *Einfluß sozialer Momente auf den Entwicklungszustand 137.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.** **Krumwiede, Nicoll** und **Pratt. Koch.** *Scharlach 137.* — **Woods. Chauvet.** *Masern 138.* — **Heß.** *Röteln 138.* — **Woody. Rohmer.** *Diphtherie 139.* — **Park** und **Nicoll.** *Tetanus 139.* — **Péhu** und **Favre-Gilly** *139.* — **Nobécourt** und **Mercier.** *Typhus 140.* — **Göppert.** *Ruhr 140.* — **Taussig.** *Vulvovaginitis 140.* — **Cole** und **Ruh.** *Pemphigus neonatorum 140.* — **Wolff** und **Lehmann** *140.* — **Comby** und **Condat.** *Meningitis 141.* — **Uffenheimer.** *Poliomyelitis in Bayern 141.* — **Hartshorn** und **Moeller. Heß. Graham** *141.* — **Friedlander** und **Wagner. Morse.** *Keuchhusten 142.* — **Lagane.** *Kala-Azar 142.* — **Kling.** *Varizellen 142.* — **Tuberkulose. Leroux.** *Lungentuberkulose 143.* — **Bergmann.** *Kavernöse Lungentuberkulose 143.* — **v. Bókay.** *Meningitis tuberculosa 144.* — **Finkelstein.** *Seröse Meningitis bei Tuberkulose 144.* — **Marfan.** *Peritonitis tuberculosa 144.* — **Paunz.** *Durchbruch tuberkulöser Tracheobronchialdrüsen 145.* — **Oppenheim.** *Kupferlezithinpräparate 145.* — **Syphilis. Koch.** *Rhinitis luetica 146.* — **Veeder** und **Jeans.** *Diagnose und Behandlung 146.* — **Welde.** *Behandlung 146.* — **Kern.** *Epifasziale Neosalvarsaninjektionen 147.* — **Zirkulationsapparat. Dunn.** *Angeborener Herzfehler 147.* — **v. Bókay.** *Persistierender Truncus arteriosus communis 147.* —

Respirationsorgane. **Göppert.** *Insuffizienz der Exspiration 148.* — **Blut und blutbildende Organe.** **Wienskowitz.** *Angeborene Wassersucht 148.* — **Lymphatischer Apparat.** **d'Oelsnitz** und **Paschetta.** *Tracheobronchialdrüsen 149.* — **Innere Sekretion.** **Hart.** *Thymus und Rachitis 149.* — **Mouriquand.** *Status adiposo-genitalis 150.* — **Verdauungstraktus.** **Butzner.** *Ileus 150.* — **Huber** und **Silver.** *Chylöser Ascites 150.* — **Aschoff.** *Oxyuren und Appendizitis 150.* — **Melchior.** *Duodenalstenose 150.* — **Milz.** **Scornet.** *Milztumor 151.* — **Urogenitalsystem.** **Veil.** *Gutartige Albuminurien 151.* — **Rocher.** *Hodenektopie 152.* — **Bewegungsapparat.** **Peltesohn.** *Verletzungen des oberen Humerusendes 152.* — **Erkrankungen des Zentralnervensystems.** **Heiman.** **Swift.** *Chorea 153.* — **Haushalter** und **Jacquot.** *Meningitis 153.* — **Herrman.** *Kretinismus 154.* — **Stoffwechselkrankheiten.** **Kleinschmidt.** *Kalkariurie 154.* — **Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.** **Wachsner.** *Bilaterale Asymmetrie 154.* — **Haut.** **Freeman.** *Ekzem 155.* — **Lehnert.** *Ekzem und Neurodermitis 155.* — **Ribadeau-Dumas** und **Philippe.** *Pyodermie 156.* — **Chirurgie.** **Fidler.** *Hernia diaphragmatica 156.* — **Nageotte-Wilbouchewitch.** *Spina bifida 156.* — **Ombredanne.** *Knochenplastik 157.* — **Vakzination.** **Göppert.** *Impfschädigung 157.* — **Hygiene und soziale Medizin.** **Bremme.** *Selbststillen von Großstadtmüttern 158.* — **Schrader.** *Säuglingsmortalität 159.* — **Cruveilhier.** *Säuglingsfürsorge 159.* — **Hospitalwesen.** **Prausnitz.** *Isolierung ansteckender Kranken 160.* — **Berichte.** **Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde** *160.* — **Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.** *163.* — **Besprechungen.** **Kruse** und **Selter.** *Gesundheitspflege des Kindes 169.* — **Bahrdt.** *Bibliographie der gesamten Kinderheilkunde 170.* — **Misch.** *Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde 170.* — **Trüdinger.** *Milchversorgung in Württemberg 170.* — **Bierer.** *Hausindustrielle Kinderarbeit im Kreise Sonnenberg 171.* — **v. Neusser.** *Anämien 171.* — **Stern.** *Theorie und Praxis der Blutentziehung 171.* — **v. Strümpell.** *Blutkreislauf und Arteriosklerose 172.* — **Hoffmann.** *Diättherapie bei Herzkrankheit 172.* — **Starck.** *Lehrbuch der Ösophagoskopie 172.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE
Herausgegeben von

Czerny Berlin | **Göppert** Göttingen | **Knöpfelmacher** Wien | **Moro** Heidelberg | **Thiemich** Leipzig | **Tobler** Breslau | **Berend** Budapest

Comba Florenz | **Johannessen** Kristiania | **Koplik** New-York | **Marfan** Paris | **Schkarin** St. Petersburg | **Thomson** Edinburg | **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 20.—.

Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 30.—.

Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XIV. Referate. Nr. 3.

Behandlung und Pflege.

Heymans van den Bergh und **Wiersma.** *Die Anwendung der Meltzerschen Methode bei inneren Krankheiten.* (Nederl. Tydschr. v. Geneesk., Bd. II, S. 383, 1914.)

Wie bekannt, hat Meltzer eine Methode künstlicher Atmung angegeben, welche in intratrachealer Einblasung von Luft oder Sauerstoff besteht. Diese Methode wurde in einem Falle von Tumor cerebelli, bei dem plötzlich Lähmung des Atmungszentrums aufgetreten war, angewendet. Es gelang durch dieselbe das Leben noch 10 Stunden zu erhalten, während welcher Zeit bei vollständigem Fehlen der Atmungsbewegungen der Puls ziemlich gut blieb.

Obgleich in der Regel für das Einbringen der Trachealsonde eine vorhergehende Tracheotomie nötig ist, gelang es hier, entlang dem im Halse eingesteckten linken Zeigefinger, die Sonde direkt in die Trachea einzuführen.

Die Verff. behaupten, daß beim Stocken der Atmung in der Chloroformnarkose ein Versuch mit der Meltzerschen Methode angezeigt sei. Graanboom.

Serologie und Immunitätslehre.

Jakob Awerbuch. *Über Antianaphylaxie.* (Inaug.-Dissert., München, 1913.)

Verf. bestätigt auf Grund eigener Versuche die von Bessau bezweifelte Spezifizität der Antianaphylaxie. Meerschweinchen, die

eine Reinjektion von Kinderserum überstanden haben und beinahe vollkommene spezifische Unempfindlichkeit aufwiesen, zeigen nur geringe Abschwächung ihrer Empfindlichkeit gegen Peptoninjektion.
H. Vogt.

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

K. Stolte. *Betrachtungen und Erfahrungen über eine weniger schematische Behandlung von Säuglingen im Krankenhaus.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 210—238.)

Unter den Ursachen, die man dafür verantwortlich macht, daß die Erfolge der Anstaltsbehandlung von Säuglingen noch nicht allen Anforderungen genügen, sind in letzter Zeit die Infektionen von verschiedenen Seiten in den Vordergrund gestellt worden. Verf. hebt demgegenüber hervor, daß daneben noch ein anderer Umstand große Bedeutung hat. Die Ernährung der Säuglinge hat viel an Sicherheit gewonnen durch Aufstellung bestimmter Indikationen für die Auswahl der Nahrungsmittel. Eine weitere Besserung der Erfolge ist möglich, wenn die Kinder keinem starren Schema hinsichtlich der Menge und Art der Nahrung unterworfen werden, wenn das Pflegepersonal es lernt, den Wünschen und Bedürfnissen der einzelnen Kinder bis zu einem gewissen Grad Rechnung zu tragen. Das gilt besonders für die Zeit der Erholung nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen. An lehrreichen Beispielen wird gezeigt, wie bei Berücksichtigung dieses Umstandes die Leistungsfähigkeit der Verdauung wächst und die Erholung beschleunigt wird. Sehr schlagende Beispiele bringt Verf. für die Einwirkung psychischer Faktoren auf die Funktion der Verdauungsorgane. H. Vogt.

Schippers. *Über die Behandlung chronischer Darmkatarrhe der Kinder.* (Nederl. Tydschr. v. Geneesk., Bd. II, S. 25, 1914.)

Angeregt durch die günstigen Erfolge der Eiweißmilch in der diätischen Behandlung der Magendarmerkrankungen der Säuglinge, versuchte Schippers dies Mittel auch bei Darmerkrankungen junger Kinder jenseits des Säuglingsalters, meistens vom Charakter der Gärungsdurchfälle.

Die Eiweißmilch ist in Holland im Handel als konzentrierte Eiweißmilch, aus welcher die für das Säuglingsalter gebräuchliche Ernährung durch Verdünnung mit gleichen Teilen Wasser hergestellt wird. Von Schippers wurde nun diese konzentrierte Eiweißmilch, gewöhnlich in der Menge von einem Liter täglich, angewandt (Kalorienwert 1150 Kal.). Eventuell vorhandenes Bedürfnis zum Trinken wurde durch mit Saccharin gesüßte Schleimsuppe befriedigt.

Gewöhnlich wurden die Fäzes schon nach 1 bis 3 Tagen normal von Konsistenz. Nach 10 bis 14 Tagen wurde dann eine Diät, ähnlich der von L. F. Meyer (Therapeut. Monatsschr., 1911, S. 269) beschriebenen, verabreicht. Statt Eiweißmilch wurde in einzelnen Fällen Larosanmilch gegeben, mit dem gleichen Erfolg.

Schippers schließt, daß die Eiweißmilch auch in den hartnäckigsten Darmkatarrhen älterer Kinder nicht unversucht bleiben soll. Graanboom.

K. Takasu. *Über zwei eigentümliche Säuglingskrankheiten bei natürlicher Ernährung in Japan.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 500—535.)

Die vom Verf. näher besprochenen Krankheitsbilder sind die Säuglingskakke und die spasmophile Dyspepsie bei natürlicher Ernährung, beides in der Art, wie Verf. sie schildert, bei uns unbekannte Krankheitsbilder. Die Säuglingskakke findet sich bei solchen Kindern, die von einer an Kakke erkrankten Frau gestillt werden. Die Prüfung der Frauenmilch auf Giftgehalt hat zu widersprechenden Ergebnissen geführt. Die Erkrankung kann auftreten unter Lähmungserscheinungen (Heiserkeit bis Aphonie durch Rekurrenslähmung, inspiratorischer Stridor durch Postikusparese, Schlucklähmung) als paralytische Form oder als kardiale perniziöse Form, die mit Erbrechen, Appetitlosigkeit und Obstipation einsetzt, mitVergrößerung des Herzens einhergeht und unter Jaktation und großer Atmung schnell tödlich enden kann. Eine dritte Form, die selten für sich, meist mit den anderen kombiniert, vorkommt, ist die hydropische renale Form. Der Obduktionsbefund besteht in Hypertrophie und Dilatation des Herzens, partieller streifiger Verdickung der Intima der großen Gefäße, inselförmigen Veränderungen an den Nervenstämmen, in Gestalt von Blässe der Armzylinder, wellenförmigem Verlauf, mit Schwund der Markscheide, während das Zentralnervensystem unversehrt bleibt. In den Nieren finden sich fibrinöse Massen, in den Glomeruli Verdickung der Glomeruluskapsel, Trübung des Epithels der gewundenen Harnkanälchen bis zur Nekrose. Die spasmophile Dyspepsie bei natürlicher Ernährung befällt mit Vorliebe überernährte Brustkinder im 8. bis 10. Lebensmonat und ist am häufigsten in der Zeit vom Juli bis September. Die Erkrankung beginnt mit Erbrechen und Durchfall, wozu sich nervöse Symptome, wie Zittern, Strabismus, schließlich Krämpfe von wechselnder Dauer hinzugesellen. Dabei besteht eine beträchtliche Verminderung des Hämoglobingehaltes im Blute, ohne entsprechende Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen. Fast konstant finden sich zahlreiche basophil gekörnte Erythrozyten. Am Skelett finden sich Veränderungen, wie wir sie von der Rachitis her kennen: Verzögerung des Schlusses der großen Fontanelle, caput quadratum und ein Zurückbleiben des Brustumfanges im Verhältnis zum Schädel. Die Krankheit weist eine hohe Mortalität auf und geht zudem oft in Inbezillität oder Idiotie aus, auch Amaurose und Lähmungen der Extremitäten bleiben nicht selten zurück. H. Vogt.

Cornelia de Lange. *Hungernde Säuglinge.* (Nederl. Tydschr. v. Geneesk., Bd. I, S. 1775, 1914.)

Öfter kommt es vor, daß eine Karenzdiät, und zwar eine ausschließliche Ernährung mit Mehlabkochung, welche dem kranken

Säugling vom Arzte als diätetisches Heilmittel vorgeschrieben wurde, durch Nachlässigkeit des Arztes oder der Familie übermäßig und ungewünscht lange verabreicht wird. Die aus solchem Versehen entstehende Störung wurde von Czerny als „Mehlnährschaden" beschrieben. De Lange macht nun darauf aufmerksam, daß in vielen Fällen nicht der Mehlnährschaden als solcher, sondern der Hunger das Krankheitsbild beherrscht. In 24 von de Lange beobachteten Fällen, in welchen Schleim, mit wenig Zucker gesüßt, als ausschließliche Nahrung mehrerer Wochen, in einem Falle sogar während 4 Monaten, verabreicht wurde, hatte sich ein sehr großes kalorisches Defizit ergeben. Der Kalorienwert schwankte zwischen 48 bis 51 als Maximum und 250 Kalorien pro Tag als Maximum.

Bemerkenswert ist, daß solche Säuglinge, falls sie nur vor Infektion geschützt bleiben, außerordentlich viel aushalten und daß die Heilung sehr schnell aufzutreten pflegt.

Was die Erscheinungen dieses Hungerns anbetrifft, so teilt de Lange nicht die Ansicht Finkelsteins, der behauptet, daß beim Hungern die Konstipation, bei der Dekomposition die paradoxe Reaktion die einzigen Unterscheidungsmerkmale der beiden, in ihren übrigen Erscheinungen ganz ähnlichen Erkrankungen bilden.

Nach de Lange fehlt bei den hungernden Säuglingen die graue krankhafte Gesichtsfarbe der dekomponierten Kinder, während ihre Bewegungen viel lebhafter sind als die der dekomponierten. Der Bauch war öfter eingesunken, einzelne Male fand sich Erbrechen, Ödem, Pyelitis oder eine kirschrote Färbung der Mund- und Lippenschleimhaut. Nicht immer bestand Konstipation.

Von den 24 Kindern starben 5 infolge des Hungerns. Bei zweien, welche während des Hungerns 35 bis 40% des Körpergewichtes verloren hatten, trat trotzdem noch Heilung ein.

Was die Therapie betrifft, soll im Anfange, bei genügender Menge Wasser, die Nahrung in sehr kleinen Portionen verabreicht werden.

De Lange hat den Eindruck, daß Buttermilch in diesen Fällen am besten imstande ist, den Geweben ihren verlorenen Turgor zurückzugeben. Weniger Erfolg sah sie von Kuhmilch mit Wasser oder mit Mehlabkochung. In vereinzelten Fällen konnte nur von Frauenmilch Heilung erlangt werden. Graanboom.

Konstitution und Diathesen.

Charles M'Neil. *Anaphylaxie und Status lymphaticus: ihre Beziehung zum schweren Verlauf von Krankheitsfällen im Säuglings- und Kindesalter.* (Edinb. med. Journ., Bd. XIII, S. 38—46 und S. 110—127.)

Besonders akuter Verlauf bakterieller Erkrankungen im Kindesalter geht einher mit den Erscheinungen von Status lymphaticus.

Die Mehrzahl der Fälle von plötzlichem Tod sind in Wahrheit Fälle von sehr schnell ablaufenden schweren akuten Infektionen, und zwar meist von Bronchopneumonie oder Gastroenteritis. Diese überstürzt ablaufenden Infektionen sind nach Ansicht des Verf. auf Anaphylaxie zu beziehen, wofür er einen überzeugenden Nachweis schuldig bleibt. Seiner Auffassung entsprechend definiert er den Status lymphaticus als eine abnorme Körperbeschaffenheit, bei der etwa vorkommende anaphylaktische Erscheinungen besonders schwere Grade annehmen. Nach ihm bildet ferner eine Hyperplasie der Schilddrüse eine regelmäßige Begleiterscheinung des Status lymphaticus. Diese Hyperplasie der Schilddrüse ist auf die Einwirkung eines bakteriellen oder andersartigen Toxins zurückzuführen. Diese toxische Einwirkung mag schon vor der Geburt von der Mutter her erworben sein oder auch im extrauterinen Leben. H. Vogt.

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

Felix v. Szontagh. *Das Kontagiositätsproblem.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 263—286.)

Verf. entschuldigt sich selbst, daß er noch einmal zu diesem „hochwichtigen Thema" zurückkehrt, das er in letzter Zeit mehrfach ausführlich besprochen hat. Wenn die Ausführungen des Verf. unsere Kenntnisse wesentlich bereichern würden, bedürfte es dieser Entschuldigung nicht. So kann man ihm nur das Verdienst zuerkennen, daß seine Ausführungen vielleicht manchem Leser Veranlassung geben zu erneutem Durchdenken des Gegenstandes. Im übrigen muten seine Darlegungen an wie eine wiederaufgelebte Naturphilosophie, die sich den veränderten Zeiten entsprechend einer andern Ausdrucksweise bedient. Der einzige Ansatz zu einer experimentellen Prüfung seiner Vorstellungen, über den Verfasser berichtet, ist im Sande verlaufen. Mit einer verblüffenden Sicherheit baut Verf. seine Überlegungen auf größtenteils unbewiesenen und vorläufig auch unbeweisbaren Voraussetzungen auf. H. Vogt.

Karl Alber. *Zur Behandlung der Diphtherie mittels intravenöser Seruminjektion.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 312—326.)

Verf. berichtet über die Erfolge der intravenösen Injektion von Heilserum bei Diphtherie, die sich von den Erfolgen der intramuskulären Anwendung des Serums insofern zu unterscheiden scheinen, als die Entfieberung schneller eintritt, ebenso das Absinken der Pulsfrequenz. Die Beläge im Hals kamen schneller zur Erweichung und Abstoßung. Auf Grund seiner Erfahrungen hat Verf. die Überzeugung gewonnen, daß der intravenösen Behandlung mit Diphtherieserum eine raschere und zuverlässigere Heilwirkung zukommt als der intramuskulären. H. Vogt.

Marc Paunz. *Beitrag zu den Komplikationen der Nebenhöhlenentzündungen der Nase bei Scharlach.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 536—542.)

Unkomplizierte Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase sind wahrscheinlich ziemlich häufig bei den akuten Infektionskrankheiten des Kindesalters, besonders bei Scharlach, entziehen sich aber meist der Diagnose. Die Entwicklung von Komplikationen verrät sich durch entzündliches Ödem der Augenlider, vorzugsweise des oberen, das eine Entzündung der Siebbeinzellen aufdeckt. Ist die Stirnhöhle schon entwickelt und wird sie von der Entzündung ergriffen, so verbreitet sich das Ödem über das Stirnbein. Subperiostale Abszesse können durch die Wand der Höhlen durchbrechen und so zu seröser Meningitis oder eitriger Meningitis führen. Die Prognose ist günstig, wenn rechtzeitig operiert wird. H. Vogt.

A. Stegemann. *Die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Myokards und der Herzganglien beim Scharlach.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 491—499.)

Verf. berichtet über eingehende pathologisch-anatomische Untersuchungen des Herzens von 49 an Scharlach verstorbenen Kindern. In den rapid tödlich verlaufenden Fällen fanden sich nur geringe parenchymatöse Veränderungen des Herzmuskels, die nicht ausreichen als Erklärung für das Versagen des Kreislaufes. In 4 genau untersuchten Fällen dieser Art fanden sich keine gröberen Veränderungen am Reizleitungssystem. Dagegen fanden sich schon vom ersten Krankheitstage an Verfettung und Nekrose der Ganglienzellen sowie eine Rundzelleninfiltration, deren Stärke der Schwere und Dauer der Krankheit entsprach. In den schwer toxischen Fällen war die Menge der Nißlkörperchen vermindert und ihre Größe verringert. Bei den „infektiösen Formen des Scharlachs mit langer Krankheitsdauer" bestand regelmäßig Rundzelleninfiltration der Herzwand, ferner kamen dabei akute parenchymatöse Degeneration des Herzmuskels, Verfettung und Nekrose vor. H. Vogt.

Kramer. *Die Dukes Krankheit.* (Vierte Krankheit.) (Nederl. Tydschr. v. Geneesk., Bd. II, S. 194, 1914.)

Beschreibung von klinisch beobachteten Fällen von akuten scharlachartigen Exanthemen bei vier auf einem Saale verpflegten Kindern, mit der für vierte Krankheit charakteristischen Lokalisation, bei günstigem Allgemeinbefinden und fehlender Desquamation. Etwa eine Woche nach dem Anfange des ersten Falles erkrankten zu gleicher Zeit die drei älteren Kinder. In einem der Fälle wurden Döhlesche Körper in den Leukozyten konstatiert, ein Beweis, daß diese Leukozyteneinschlüsse nicht für Scharlach pathogenetisch sind. Graanboom.

Tuberkulose.

Cornelia de Lange. *Die von Pirquetsche Reaktion mit humanem und mit bovinem Tuberkulin.* (Nederl. Tydschr. v. Geneesk., Bd. II, S. 438, 1914.)

Davon ausgehend, daß die Tuberkuloseinfektion beim Kinde sowohl durch die humanen als auch durch die bovinen Bazillen zustandekommt, stellte sich C. de Lange die Frage, ob es in der Klinik bei der Untersuchung mit der Pirquetschen Reaktion erwünscht oder nötig sei, von beiden Tuberkulinarten Gebrauch zu machen. Wie andere vorher, studierte de Lange zu diesem Zwecke die Ergebnisse der Pirquetschen Hautimpfung, indem bei demselben Kinde, an symmetrischen Stellen auf den Vorderarmen, auf der einen Seite T.-H. (Alttuberkulin Kochii), auf der anderen Seite T.-B. (Perlsuchttuberkulin), angewandt wurden.

Bei 150 Kindern mit positiver Reaktion ergab sich nun, daß diese in 10% auftrat nur mit T.-H. und in 6% nur mit T.-B., während in den übrigen 84% der Fälle T.-H. ebenso groß, kleiner oder größer war als T.-B. Außerdem ergab sich, daß es nicht vorwiegend die chirurgische Tuberkulose war, wobei T.-B. ausschließlich oder stärker reagierte als die T.-H.

Es wurde dabei immer nachgeforscht, ob in den Familien, aus denen die positiv reagierenden Kinder stammten, tuberkulöse Mitglieder sich fanden, ob also eine Humantuberkuloseinfektion wahrscheinlich war. Dabei ergab sich nun die bemerkenswerte Tatsache, daß in den Fällen, wo nur die T.-B.-Reaktion positiv war, die humane Infektion am wahrscheinlichsten und daß umgekehrt in den Fällen, wo nur die T.-H.-Reaktion positiv war, die Tuberkulose bei den Mitgliedern der betreffenden Familie am seltensten war.

Es ergab sich weiter noch, daß von derselben Familie die verschiedenen Kinder gegenüber T.-H. oder T.-B. nicht auf übereinstimmende Weise reagierten und daß auch dasselbe Kind zu verschiedenen Zeiten eine verschiedene Prädilektion zeigte für T.-H. oder für T.-B.

C. de Lange schließt, daß bei der klinischen Untersuchung mit der Pirquetschen Reaktion von beiden Tuberkulinarten Gebrauch gemacht werden soll. Graanboom.

Van Dorp. *Sonnenbehandlung an der See bei chirurgischer Tuberkulose.* (Nederl. Tydschr. v. Geneesk., II, S. 309, 1914.)

Van Dorp teilt die Erfolge von Sonnenbehandlung (im Seehospiz Katwyk a. M.) bei einzelnen Fällen von chirurgischer Tuberkulose mit.

Die Behandlung war teils eine allgemeine, teils eine lokale. Die allgemeine Behandlung, welche in Holland nur im Sommer und einem Teil vom Frühjahr und Herbst zur Anwendung kommen kann, hatte gewöhnlich einen sehr günstigen Einfluß auf den Allgemeinzustand. Sie fand so statt, daß die Brust und der Rücken

der Sonne ausgesetzt wurde. Anfänglich bloß 10 Minuten lang, allmählich länger bis zu mehreren Stunden. Weil in Holland die Atmosphäre dichter ist und deshalb mehr ultraviolette Strahlen absorbiert, kann hier schneller mit der Expositionsdauer gestiegen werden als in Leysin.

Die lokale Behandlung bestand in der Einwirkung des Sonnenlichtes auf die lokalen tuberkulösen Herde. So wurde z. B. bei Spondylitis das Korsett für die Behandlung entfernt und während der Kranke in Bauchlage verharrte, der Buckel dem Sonnenlichte ausgesetzt.

Van Dorp schließt, daß am holländischen Strande die kombinierte allgemeine und lokale Sonnenlichtbehandlung in sehr vielen Fällen von chirurgischer Tuberkulose von großem Nutzen ist und daß eine solche sachverständige Behandlung nie Schaden bringt.

Graanboom.

Respirationsorgane.

Ludwig Jehle. *Die Bronchialerkrankungen im Kindesalter.* (Beihefte zur Med. Klinik, 10. Jahrg., H. 3, S. 49—80.)

Über die Bronchialerkrankungen der Kinder zu schreiben, ist keineswegs eine leichte Aufgabe, da unsere Kenntnisse auf diesem Gebiet wenig umfangreich und überdies zum guten Teil wenig gesichert sind. Vielleicht hängt es damit zusammen, daß sich von der 32 Seiten fassenden Abhandlung des Verf. 8 Seiten ausschließlich mit der Lobärpneumonie, fast 6 Seiten mit der Diagnose der Tuberkulose der Atemorgane beschäftigen. Von den Bronchialerkrankungen erfährt der Leser etwa so viel, als die besseren Lehrbücher über diesen Gegenstand bringen. Die Darstellung scheint in erster Linie auf praktische Ärzte als Leser berechnet zu sein. Störend wirken zahlreiche Flüchtigkeiten im Ausdruck, wofür als Beispiel ein Satz angeführt sei: „Es darf demnach die Tuberkulophobie nicht noch weiteren Umfang annehmen, als es diese Erkrankung an sich schon imstande ist."

H. Vogt.

Blut und blutbildende Organe.

Ernst Stettner. *Über schwere Anämie im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 467—470.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von schwerer Anämie bei Kindern, die im 2. respektive 3. Lebensjahre standen und wiederholte Infektionen durchgemacht hatten. Aus fortlaufenden Blutuntersuchungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß eine lebhafte Degeneration in den blutbildenden Organen stattfindet, während seltener Degenerationserscheinungen anzutreffen sind. Die Funktionstüchtigkeit der blut-

bereitenden Organe spricht für eine in der Peripherie angreifende Schädlichkeit. Bei den schweren Anämien finden sich reichlich azurophile Leukoblasten im Blut, die vereinzelt bei Infektionen in jeder Altersstufe des Kindesalters auftreten. In 2 Fällen scheint die Behandlung mit Thorium-X günstig gewirkt zu haben. H. Vogt.

Erich Adler. *Die Leukämie der Säuglinge.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 290—311.)

Verf. berichtet über einen Fall von Leukämie bei einem $5\frac{1}{2}$ Monate alten Mädchen, das anscheinend aus voller Gesundheit heraus an Erbrechen und an Krämpfen erkrankte und schon während des Lebens punktförmige Hautblutungen und Blutungen im Augenhintergrund aufwies. Die Obduktion ergab eine schwere Blutung in die linke Hälfte der Schädelhöhle, eine erhebliche Vergrößerung der Milz und eine sehr starke Vermehrung der weißen Blutkörperchen im Blute. Es fanden sich ferner Infiltrationen in der stark vergrößerten Milz sowie in der nicht besonders vergrößerten Leber, daneben auch in den Lymphdrüsen, in den Nieren und im Herzmuskel. Im Anschluß an den Bericht über diesen Fall stellt Verf. die bis jetzt beobachteten Fälle von Leukämie bei Säuglingen aus der Literatur zusammen, im ganzen 17, und bespricht kurz das klinische Bild und die Differentialdiagnose der Erkrankung. Von 11 Fällen, bei denen eine genauere Blutuntersuchung ausgeführt wurde, entfielen 4 auf chronische Leukämie, worunter 3 lymphoider Natur, 1 myeloider. Unter den 7 akuten Fällen waren 2 myeloide, ein auffallend hoher Prozentsatz im Vergleiche zu den Verhältnissen beim Erwachsenen, wo akute myeloide Leukämien äußerst selten sind. Im Gegensatz zum Erwachsenen scheinen auch beim Säugling die akuten Fälle von Leukämie eher häufiger vorzukommen als die chronischen. H. Vogt.

Lymphatischer Apparat.

Clifford P. Johnson. *Kranke Tonsillen und ihre Behandlung.* (Pacific. med. Journ., Dez. 1913.)

Das Sündenregister der Gaumenmandeln ist groß, dabei wächst es noch andauernd. So erfahren wir aus den Ausführungen des Verf., daß sie nicht allein für die Entstehung des Gelenkrheumatismus, der Peri- und Endokarditis, der Myokarditis, Bronchitis, Pleuritis und Pneumonie, der Lungentuberkulose, Meningitis, Nephritis, Appendizitis verantwortlich zu machen sind: hypertrophische Tonsillen können auch die hinteren Molarzähne durch direkten Druck schädigen, sie führen ferner auf dem Wege über die dauernde Mundatmung zu einer eigenartigen Zahnkaries. Befremdend wirkt es, von einem früheren Lehrer der Physiologie zu erfahren, daß die behinderte Atmung bei großen Tonsillen zu einer Unterernährung des Gehirnes und damit zu einer Einschränkung seiner Leistungs-

fähigkeit führt. Auch Symptome von Basedowscher Krankheit können durch Entfernung erkrankter Tonsillen zum Verschwinden gebracht werden. H. Vogt.

Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Van der Torren. *Ein Fall von traumatischem Gehirnabszeß.* (Nederl. Tydschr. v. Geneesk., Bd. I, S. 25, 1914.)

Beschreibung eines Falles von Abszeß am hinteren Teil des rechten Lobus frontalis bei einem 2jährigen Kind, infolge eines Traumas. Heilung nach Operation. Bemerkenswert ist, daß die Rektaltemperatur während der ganzen Krankheitsdauer nicht erhöht war. Graanboom.

Mund, Nase, Ohr, Kehlkopf.

Heinrich Petry. *Zur Kenntnis und Bedeutung des Nasenblutens im späteren Kindesalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Nr. 49.)

Eine klinische Studie auf Grund von Beobachtungen an der Göttinger Kinderklinik. Die Wichtigkeit der Lokalinspektion der Nase in jedem Falle von Nasenbluten wird hervorgehoben. Wenn auch meist nur das bekannte Septumgeschwür, dessen Therapie kurz angegeben wird, gefunden wird, so wird doch auch gelegentlich einmal eine chronische Nasendiphtherie entdeckt werden. Beim Säugling ist dies letztere und die Lues die Hauptursache des Nasenblutens, nur in extrem seltenen Fällen die chronische trockene Rhinitis. Bei Sepsis und sepsisähnlichen Erkrankungen sowie bei allen Infektionskrankheiten wird das Nasenbluten oft fälschlich als eine allgemeine Störung aufgefaßt und man vergißt darüber, das lokale Leiden zu erforschen. Blutung aus einem einfachen Septumgeschwür kann in solchen Fällen eine schwere Komplikation hervorrufen, die durch rechtzeitige Behandlung leicht zu beseitigen wäre. Keller.

Mißbildungen.

Reys. *Ein Fall von Madelungscher Mißbildung.* (Nederl. Tydschr. v. Geneesk., Bd. II, S. 257, 1914.)

Ein Mädchen von 12 Jahren zeigte an der linken Hand die von Madelung zuerst beschriebene Mißbildung. Während die Ulna keine Abweichung zeigt, ist der Radius im unteren Drittel nach der Palmarseite verbogen, die Hand dabei mitnehmend. Von der Ulnaseite gesehen, hat die Hand auf der Höhe des Pulsgelenkes eine

deutliche Bajonettstellung. Ein Röntgenphoto illustriert die Beschreibung. Rachitis fehlt. Kein Schmerz. Die Bewegungen waren ungestört. Graanboom.

Max Soldin. *Großer Fontanellknochen der vorderen Fontanelle bei einem Säugling.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 286—289.)

Der wesentliche Inhalt der kleinen Mitteilung des Verf. ist schon im Titel wiedergegeben. Die Anomalie fand sich bei einem 8 Tage alten Säugling und konnte auch nach dem Tode bestätigt und genauer untersucht werden. Eine klinische Bedeutung kommt ihr weder für die Entwicklung des Schädels noch für die des Gehirnes zu.

H. Vogt.

Berichte.

Niederländischer Verein für Pädiatrie. (Nederl. Tydschr. v. Geneesk., Bd. II, S. 92, 1914.)

1. Haverschmidt berichtet über Zuckerdyspepsie. Er bemerkt, daß zwar öfter ein vorhandener Durchfall durch Zuckerentziehung beseitigt wird, daß jedoch in sehr vielen Fällen die Diarrhöe ganz unabhängig von Zuckergärung ist. In einigen dieser Fälle z. B. kam ein bei Ernährung mit saccharingesüßter Buttermilch entstehender Durchfall zur Heilung, nachdem das Saccharin in der Buttermilch durch Rohzucker ersetzt war.

2. Siegenbeek van Heukelom. Ein Fall von Adipositas hypophysären Ursprunges? Ein 5jähriges Mädchen, fortwährend dicker werdend, wiegt 27 kg bei einer Länge von 103 cm, geistig zurückgeblieben, gleichmäßige Fettablagerung, kein Ödem; weder Pubes- noch Achselbehaarung; sehr beweglich und unruhig, schnelle Gewichtszunahme (3·5 kg in 7 Wochen) bei einfacher und milchfreier Diät: Temperatur 37 bis 38° C, Puls 130, vermehrter Stuhl, Toleranz für Zucker erhöht, Blutzuckergehalt vermindert (0·039%), Blutdruck 80 mm. Im Röntgenbilde keine Sella turcica zu sehen. Die Frage, ob die vorhandene Fettsucht von hypophysärer Natur war, konnte Siegenbeek van Heukelom nicht beantworten, weil die Erscheinungen nur für einen Teil auf diese Ätiologie hinwiesen.

3. Heybroek berichtet über einen Fall von Tuberkulose der Hypophysis cerebri.

Mädchen von 7 Jahren, seit einem Jahre allmählich zunehmende Erscheinungen von Diabetes insipidus, entleert pro Tag 4 Liter Harn; spezifisches Gewicht 1001 bis 1004. Neuritis retrobulbaris auf beiden Augen; Pirquet positiv, später tritt Schlafsucht ein mit Verringerung des Harnquantums; $4^1/_2$ Monate nach Anfang der Sehstörung völlige Blindheit; allmählich Fettsucht. $1^1/_2$ Jahre nach dem Beginne des Diabetes insipidus tritt der Tod unter Erscheinungen von tuberkulöser Meningitis ein. Röntgenphotographie ohne deutliches Bild.

4. Scheltema berichtet über Pylorospasmus mit Röntgenphotographien.

5. Murk Jansen berichtet über die chirurgische Behandlung der nach Polyomelitis zurückbleibenden Störungen.

6. Gorter demonstriert Patienten mit Muskeldystrophie (Typ Duchenne), infantilem Myxödem, Achondroplasie und kongenitalem hämolytischem Ikterus. Graanboom.

Besprechungen.

M. Mann (Wien). *Lehrbuch der Tracheo-Bronchoskopie.* (Technik und Klinik.) 50 Abb., 5 schwarze und 10 farb. Taf. (K. Kabitzsch, Würzburg, 1914, Preis: M. 10.50.)

Ein ausgezeichnet ausgestattetes, auch dem Pädiater viel Interessantes bringendes Werk. Klotz.

Rudolf Abel. *Bakteriologisches Taschenbuch.* 18. Aufl. (Verlag von Kurt Kabitzsch, Würzburg, 1914, Preis: M. 2.—.)

Das praktisch außerordentlich brauchbare Taschenbuch bedarf keiner Empfehlungen mehr. A. Keller (Berlin).

H. v. Tappeiner. *Anleitung zu chemisch-diagnostischen Untersuchungen am Krankenbette.* 10. Aufl. (M. Riegersche Univ.-Buchhandlung, München, 142 S.; Preis: M. 2.20.)

Für den Inhalt bürgt in wissenschaftlicher Hinsicht der Name des Verf., für die praktische Brauchbarkeit die Zahl der Auflagen. Daß Verf. bemüht ist, alle neuen Errungenschaften zu verwerten, zeigt der Abschnitt über den Nachweis von Abwehrfermenten nach Abderhalden. H. Vogt.

Erich Harnack. *Die gerichtliche Medizin mit Einschluß der gerichtlichen Psychiatrie und der gerichtlichen Beurteilung von Versicherungs- und Unfallsachen. In Gemeinschaft mit Fr. Haasler und E. Siefert.* (Verlag der Akad. Verlagsanstalt, Leipzig, 1914, Preis: geh. M. 12.—.)

An dieser Stelle genügt ein Hinweis auf das Werk, das Medizinern und Juristen zugleich dienen soll, ersteren zur Einführung in den gesamten Stoff und zur Orientierung in den juristischen Fragen, letzteren in gerichtlich medizinischen Dingen. Das Werk ist außerordentlich klar und übersichtlich geschrieben. A. Keller (Berlin).

F. Göppert. *Die Nasen-, Rachen- und Ohrerkrankungen des Kindes in der täglichen Praxis.* (J. Springer, Berlin, 1914, Preis: brosch. M. 9.—.)

Die Monographie Göpperts ist als ein Band der Enzyklopädie der klinischen Medizin erschienen. Der Behandlung des Gegenstandes

konnte es nur zum Vorteil gereichen, daß sie einem Pädiater anvertraut wurde, dem zugleich spezialistische Erfahrungen auf diesem Gebiete zu Gebote stehen. Dadurch allein war es möglich, daß einmal die Rückwirkungen der im Nasenrachenraum und im Mittelohr sich abspielenden Erkrankungen auf den Organismus des Säuglings, auf den Ablauf der Ernährungsvorgänge usw., anderseits die Bedeutung der Konstitution für Entstehung und Verlauf dieser Erkrankungen eine entsprechende Würdigung fanden. Göppert behandelt zunächst die Nasopharyngitis der Säuglinge und getrennt davon die der älteren Kinder. Ein weiteres Kapitel ist der Darstellung der selbständigen Lokalerkrankungen im Gebiete von Nase und Pharynx gewidmet, worunter die Erkrankungen regionärer Lymphdrüsen, die Hyperplasie des lymphatischen Gewebes und die Erkrankungen der Nebenhöhlen abgehandelt werden. Im nächsten Kapitel werden die Erkrankungen des Mittelohres und ihrer Folgen erörtert, während der letzte Teil des Buches den Nasenrachenerkrankungen und Mittelohrerkrankungen in ihrer Beziehung zu den Infektionskrankheiten (Diphtherie, Scharlach, Tuberkulose usw.) gewidmet ist. Bei der großen Häufigkeit der hier besprochenen Erkrankungen ist das Studium des Göppertschen Buches nicht nur dem Kinderarzt, sondern jedem Praktiker zu empfehlen. Besonders hervorgehoben sei noch, daß eine Anzahl guter Abbildungen zum Verständnis des Textes beitragen und daß die Literatur mit großer Sorgfalt zusammengestellt ist. H. Vogt.

Hans Eckert. *Ursachen und Wesen angeborener Diathesen.* Eine experimentelle Studie. (86 S., S. Karger, Berlin, 1913.)

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, durch Versuche an jungen Hunden aus einem Wurf zu entscheiden, ob sich neben dem von Bunge angenommenen Depot an Eisen auch Vorräte an anderen Körperbausteinen nachweisen lassen, wie solche zur Erklärung der exsudativen Diathese herangezogen werden. Zur Entscheidung dieser Frage scheint mir die Versuchsanordnung des Verf. nicht sehr glücklich gewählt, da sie keine Rückschlüsse auf den Menschen erlaubt. Der Wert der Untersuchungen dürfte vielmehr darin liegen, daß auf dieser Grundlage „gleichzeitig auch Fragen der chemischen Zusammensetzung des wachsenden Tierkörpers bei verschieden gestalteter Ernährung erörtert werden können". Verf. bestätigt die aus früheren Untersuchungen bekannte Tatsache, daß der relative Wassergehalt des wachsenden Organismus allmählich absinkt. Bei lange fortgesetzter ausschließlicher Milchernährung, die eine Hemmung der allgemeinen Entwicklung zur Folge hatte, blieb die Konstanz der chemischen Zusammensetzung des Körpers gewahrt. Ein über die normale Zeit der Säugungsperiode hinaus an der Brust belassener Hund, bei dem schon frühzeitig eine Unsicherheit der Bewegungen und erhebliche Schlaffheit auffiel, zeigte dagegen ausgesprochene Abweichungen in der chemischen Zusammensetzung des Körpers von der Norm. Diese Abweichungen bestanden in Wasserverarmung, Anreicherung an Stickstoff, Aschenverminderung und ausgesprochener Herabsetzung des Phosphorgehaltes. Damit ist der Nachweis geführt,

daß Änderungen in der chemischen Zusammensetzung des Körpers als Folge von angeborener Minderwertigkeit oder unzweckmäßiger Ernährung oder beider Faktoren zustande kommen können.

H. Vogt.

H. v. Mettenheimer, F. Götzky und **F. Weihe.** *Klinische Beobachtungen und Erfahrungen aus der Kinderklinik (Anniestiftung) in Frankfurt a. M.* (J. Springer, Berlin, 120 S.)

Der „Überblick über die Tätigkeit der letzten 2 Jahre" ist offenbar als eine Festgabe zur Eröffnung der Frankfurter Universität erschienen; er zeigt, daß die Anstalt über ein reiches klinisches Material verfügt und enthält manche bemerkenswerte Beobachtung.

H. Vogt.

H. v. Baeyer und **F. Winter.** *Kinderturnen.* (B. G. Teubner, Leipzig, 52 S., Preis: M. —.80.)

Der praktische Teil des kleinen Buches bringt eine Auswahl von Leibesübungen, die besonders für Kinder jüngeren Alters gedacht sind. Mit bemerkenswertem Geschick werden dabei solche Übungen bevorzugt, die eine möglichst vielseitige Ausbildung des Körpers herbeizuführen geeignet sind und sich gleichzeitig dem Kind wie ein Spiel darstellen lassen. Weniger gelungen scheint mir die allgemeine Einführung, die den Eltern und Erziehern die Wichtigkeit der Leibesübungen nahebringen soll. Darin heißt es u. a., daß „Kinder im Alter von 2 bis etwas 6 Jahren, aber auch noch darüber hinaus, normalerweise X-Beine hätten sowie daß Plattfüße bei jedem wohlgenährten Säugling vorhanden seien, Ansichten, die kaum allgemeine Billigung finden werden.

H. Vogt.

Max Kassowitz. *Die Gesundheit des Kindes.* Zur Belehrung junger Eltern. (M. Perles, Wien, 73 S.)

Das Büchlein ist hervorgegangen aus Vorträgen, die Kassowitz im Rahmen der Wiener volkstümlichen Universitätskurse gehalten hat. Es zeigt die gewandte Darstellungsweise des Verfassers und unterscheidet sich inhaltlich nicht wesentlich von den zahlreichen Neuerscheinungen der letzten Jahre, die denselben Zweck verfolgen. Ob wohl der Verf. damit einverstanden gewesen wäre, daß die ungenannten Herausgeber den Eltern das Studium seiner „Vorlesungen über Kinderkrankheiten im Alter der Zahnung" und sogar seiner „Praktischen Kinderheilkunde in 36 Vorlesungen für Studierende und Ärzte (!)" empfehlen?

H. Vogt.

Jahrbuch der Schulgesundheitspflege. Herausgegeben von M. Fürst. Mit einem Beiheft: Schulhygienischer Notizkalender. (G. Fischer, Jena, 1914. Preis: geh. M. 3·—.)

Außer einigen kurzen Originalaufsätzen über den Zweck regelmäßiger Messungen und Wägungen von Schulkindern, über Freiheit im Turnunterricht und über primitive und qualifizierte Schulhygiene enthält das Jahrbuch eine Zusammenstellung von verschiedenen

Angaben, die für den Schularzt Bedeutung haben, wie Verzeichnisse von Heilanstalten für kranke Kinder, ferner Besprechungen von Büchern usw. H. Vogt.

Georg Prenger. *Die Unehelichkeit im Königreich Sachsen.* (119 S., B. G. Teubner, Leipzig, 1913.)

Die Arbeit des Verf. bemüht sich, die Ursachen der Unehelichkeit nach Möglichkeit aufzudecken, die im Königreich Sachsen verhältnismäßig stark verbreitet ist. Er untersucht die Verhältnisse in den einzelnen Bezirken des Landes, wobei er zu dem Schluß kommt, daß die Zunahme der Zahl der unehelichen Geburten meist mit der Ausbreitung der Industrie zusammenfällt. Obwohl ein beträchtlicher Teil der Kinder zu den „Vorehelichen" zu rechnen ist, also durch nachträgliche Eheschließung legitimiert wird, so ist doch die Sterblichkeit der unehelichen Kinder sehr groß im Verhältnis zu der der ehelichen. Verf. weist darauf hin, „daß die Tatsache der unehelichen Geburt nicht nur für das Kind allein, sondern auch für die Gesellschaft, besonders in volkswirtschaftlicher Hinsicht, eine Frage von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist". Seine Ausführungen über die aus seinen Untersuchungen sich ergebenden Resultate klingen aus in der Warnung: „Eine Lockerung des Familienverbandes, die mit der Erscheinung der Unehelichkeit Hand in Hand geht, hat immer etwas sehr Bedenkliches an sich und ist für die Gesellschaft sowohl als auch für den einzelnen mit vielen Gefahren und schweren Erschütterungen verknüpft." H. Vogt.

Johann Bapt. Roetzer. *Die Säuglingssterblichkeit in Altbayern und deren Bekämpfung.* (89 S., Duncker und Humblot, München. 1913, Preis: M. 2.—.)

Eine gesonderte Behandlung der Säuglingssterblichkeit Bayerns erscheint berechtigt, mit Rücksicht darauf, daß dieses Gebiet in der Höhe der Säuglingssterblichkeit mit an erster Stelle steht. Verf. geht den Ursachen dieser Erscheinung nach und schildert die Maßregeln, die zur Abstellung der hervortretenden Schäden bisher ergriffen worden sind. Im Schlußwort betont er, daß schon manches erreicht worden ist, aber noch mehr zu tun übrig bleibt. H. Vogt.

II. preußische Landeskonferenz für Säuglingsschutz, Berlin 1913. Bericht, herausgegeben im Auftrage des geschäftsführenden Ausschusses von Dr. Rott. (67 S., G. Stilke, Berlin, 1914.)

Den Gegenstand der Verhandlungen der II. preußischen Landeskonferenz für Säuglingsschutz bildeten die Fragen nach dem Wert der Stillbeihilfen (Stillunterstützungen, Stillprämien) als Mittel zur Förderung des Stillens und nach der Organisation der Kleinkinderfürsorge. Dazu haben Referate geliefert Rott: „Entwicklung und derzeitiger Stand der Stillunterstützungen in Deutschland", Stadtrat Paul: „Die Durchführung der Organisation der Stillbeihilfen in der Gemeinde", Thiemich: „Die ärztlichen Forderungen zur Organisation der Stillbeihilfen auf Grund der bisherigen Ergebnisse", ferner

W. Freund: „Ärztliche Forderungen für die Organisation der Kleinkinderfürsorge" und A. Gottstein: „Die Organisation der Kleinkinderfürsorge in der Gemeinde". Die Vorträge nebst den mitabgedruckten Diskussionsbemerkungen geben einen lehrreichen Überblick über die behandelten Gegenstände. H. Vogt.

v. Jagić. *Handbuch der allgemeinen Pathologie, Diagnostik und Therapie der Herz- und Gefäßerkrankungen.* III. Band, 2. Teil. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1914. Preis: M. 15.—.)

Im vorliegenden Band behandeln F. Falk und P. Saxl die Funktionsstörungen und Funktionsprüfungen der inneren Organe bei Erkrankungen des Herzens und der Gefäße, P. Saxl die physikalische Therapie der Herz- und Gefäßkrankheiten sowie mit H. Salomon ihre diätetische Behandlung. Auf 190 Seiten gibt H. Winterberg eine sehr eingehende Darstellung der experimentellen Grundlagen für die Verwendung der Herz- und Gefäßmittel, während N. v. Jagić ihre Verwendung vom klinischen Standpunkt bespricht. Der letzte, von K. Ewald verfaßte Abschnitt ist der chirurgischen Behandlung der Erkrankungen des Herzens, des Herzbeutels und der Gefäße gewidmet. H. Vogt.

I. Cemach. *Chirurgische Diagnostik in Tabellenform.* (Verlag von J. F. Lehmann, München, 1914. Preis: geh. M. 14, geb. M. 15.)

Das Werk, in der Ausstattung der bekannten Lehmannschen Atlanten, enthält außer 10 Seiten fortlaufenden Textes 100 Tabellen und 440 schwarze und farbige Abbildungen. Die Abbildungen sind gut und instruktiv, die Tabellen übersichtlich. Keller.

E. Oberndörfer. *Roth's klinische Terminologie.* (8. Aufl., Verlag von Georg Thieme, Leipzig, 1914. Preis: geb. M. 12.—.)

Ein altbekanntes Buch erscheint in wesentlich veränderter und erweiterter Form. Es enthält die Terminologie der klinischen Medizin (einschließlich Arzneimittellehre und chemische Pathologie), der Anatomie, Embryologie, Physiologie und physiologischen Chemie. Die Zahl der Stichworte beträgt zirka 20000. Erfreulicherweise sind sehr viele Termini aus der französischen und englischen Literatur aufgenommen. Für den praktischen Gebrauch dürfte sich die Terminologie sehr gut eignen. Keller.

Zentralblatt für Psychologie und psychologische Pädagogik (mit Einschluß der Heilpädagogik). (Herausgegeben von W. Peters.) (Verlag von Kurt Kabitzsch, Würzburg, 1914.)

Das neue Zentralblatt wendet sich in erster Linie an den Fachpsychologen, verdient aber eine Erwähnung an dieser Stelle, weil es auch die medizinische Seite des Gegenstandes berücksichtigt. Das geht nicht nur aus dem Titel hervor, es zeigt sich auch in der Auswahl der Referate in den bisher vorliegenden Heften.

H. Vogt.

Ergänzende Literaturübersicht.

Allgemeines.

Erich Ebstein. Über die ersten Auflagen von Glissons „De Rachitide". Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 69.

Epstein. Special training in pediatrics. (Spezieller Unterricht in der Kinderheilkunde.) Amer. Journ. of Obstetr., Juli 1914.

Wachenheim (New York).

Linnaeus Edford La Fetra. The necessity for special education in infant hygiene, with particular reference to the medical profession. (Die Notwendigkeit des Spezialunterrichtes in Säuglingshygiene mit besonderem Hinweis auf die ärztliche Tätigkeit.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 178.

Chr. Hack. Zur Geschichte der Säuglingskrankheiten im Altertum. Dissertation, Jena 1913.

C. Paget Lapage. The necessity for special education in infant hygiene. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 183.

Pierre Lereboullet und **Georges Schreiber.** Les maladies des enfants en 1913. Paris, Médical, 1913, S. 1.

Dimitriy Ssokolow. Aus der Kollektion der photographischen Abbildungen kranker Kinder. Tübingen 1913.

Martin J. Synnott. The conservation of child life. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 648.

Marg. Weinberg. Was Eltern, Erzieher, Lehrer und Lehrerinnen von den hauptsächlichsten Kinderkrankheiten wissen müssen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 363.

Das Kind im ersten Lebensjahr. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. V, S. 195.

Anatomie und Histologie.

Courtade. Sur les mensurations du thorax; présentation d'instruments pour les pratiquer. (Thoraxmessungen; Demonstration von dazu geeigneten Instrumenten.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, S. 236.

Louis Devraigne. L'enfant dans les deux premières années. Considérations anatomiques et physiologiques. (Das Kind in den ersten 2 Lebensjahren; anatomische und physiologische Betrachtungen.) Rev. mens. de gynécol. d'obstétr. et de péd., 1914, Bd. IX, S. 166.

Arthur William Meyer. Some observations and considerations on the umbilical structures of the new-born. (Einige Beobachtungen und Betrachtungen über die Nabelstruktur des Neugeborenen.) Amer. Journ. of Obstetr. and Dis. of Wom. and Childr., 1914, Bd. LXIX, S. 214.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

John Bryant. Poor health in the child. Some developmental influences and their importance to the adult. (Kränklichkeit der Kinder; einige Einflüsse der Entwicklung und ihre Bedeutung für den Erwachsenen.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 795.

Cordier. Contribution à l'étude de la débilité et de la débilité acquise chez le nourrisson. (Beitrag zum Studium der angeborenen und erworbenen Debilität der Säuglinge.) Ann. de la policlin. centr. de Bruxelles, 1914, Bd. XIV, S. 189.

David Murray Cowie. Studies of the incubation period. Nr. 1. Serum disease. (Studien über die Inkubationszeit. Nr. 1. Serumkrankheit.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 253.

— Studies on the incubation period. 1. Serum disease. (Studien über Inkubationsperiode. 1. Mitt. Serumkrankheit.) Transact of the Amer. Pediatr. Soc., 1914, Bd. XXV, S. 253.

R. v. Fellenberg und **A. Döll.** Über die biologischen Beziehungen zwischen Mutter und Kind. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkol., 1913, Bd. LXXV, S. 285.

E. Galante. L'éccirabilità del cervelletto nei cani neonati. Richerche sperimentali. (Die Erregbarkeit des Kleinhirns beim neugeborenen Hunde. Experimentelle Untersuchungen.) Riv. di pathol. nerv. e ment., 1914, Bd. XIX, S. 129.

Louis Gaucher. Adaption du suc gastrique à la coagulation et à la digestion du lait chez les nourrissons. (Anpassung des Magensaftes an die Labung und Verdauung der Milch bei den Säuglingen.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol., 1914, Bd. LXXVI, S. 389.

Grandjean. La microsphygmie permanente. La Clinique inf., 1914, Bd. XII, S. 331.

Fritz Henke. Neue experimentelle Feststellungen über die physiologische Bedeutung der Tonsillen. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol., 1914, Bd. XXVIII, S. 231.

Alfred F. Hess. Observations on the physiological anatomy of the infants stomach noted in the course of the use of a balloonduodenal catheter. (Beobachtungen über die physiologische Anatomie des Säuglingsmagens auf Grund von Untersuchung mit einem Ballon-Duodenalkatheter.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1914, Bd. VII, S. 428.

R. Hess und **S. Gordin.** Plethysmographische Untersuchungen an gesunden und kranken Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 353.

O. Hornemann. Experimentelle Beiträge zur Frage der Beziehungen von Infektion und Ernährung. Mitt. 2. Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LVII, S. 473.

E. J. Huenekens. Die Azidität des Mageninhaltes im Säuglings- und Kindesalter bei Milch und fleischhaltiger Probenahrung. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 297.

N. Krasnogorski. On the fundamental mechanismus of the activity of the cerebral cortex in children. (Der Grundmechanismus der Arbeit der Großhirnrinde beim Kinde.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 194.

Maynard Ladd. The influence of alkalies upon gastric motility. (Der Einfluß von Alkalien auf die Magenmotilität.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 518.

H. Lustig. Zur Entwicklungsgeschichte der Mamma beim Menschen. Verh. d. Ges. Deutsch. Naturforscher, Leipzig, 1913, Bd. LXXXV, H. II, S. 2; 1914, S. 973.

E. Maurel. Influence comparée du père et de la mère sur le nouveau-né. (Vergleich des Einflusses von Vater und Mutter auf den Neugeborenen.) Prov. méd., 1913, Bd. XXVI, S. 530.

Albert Morel et **Georges Mouriquand.** Comparaison entre le sang du foetus à terme et le sang de la mère au point de vue de la répartition naturelle des substances azotées (urée, aminoacides etc.) (Vergleichung des Blutes der Mutter und des Neugeborenen hinsichtlich der natürlichen Verteilung der Stickstoffsubstanzen, Harnstoff, Aminosäuren usw.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol., 1913, Bd. LXXV, S. 643.

Eberhard Nast. Über den Eiweißgehalt des Blutes im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 92.

Erich Nirrnheim. Über den Blutdruck im Kindesalter. Diss., Kiel 1913.

A. M. Popoff. Beiträge zur Frage nach dem Blutdruck bei gesunden Kindern. Diss., St. Petersburg 1913.

Hugo Raubitschek. Über Beziehungen mütterlicher Erkrankungen zu den Organen der Föten und Neugeborenen. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol., 1913, Bd. LVII, S. 345.

Fr. Saint-Girons. Les albumines du sérum sanguin au cours des maladies infectieuses: leurs variations cycliques. (Die Eiweißkörper des Blutserums im Verlauf der Infektionskrankheiten: ihre zyklischen Veränderungen.) Thèse, Paris 1913.

Hermann Schaefer. Über Phagozytose bei akuten Infektionskrankheiten. Dissert., Freiburg 1913, S. 29.

A. Simons. Bemerkungen zu den plethysmographischen Untersuchungen an gesunden und kranken Kindern von R. Hess und S. Gordin. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 497.

N. N. Syrensky. Über die primäre Toxizität des Blutserums des Menschen im Verlaufe von Infektionskrankheiten. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exper. Therap., 1914, Bd. XX, S. 544.

W. Stemmler. Die wachsartige Degeneration der Muskulatur bei Infektionskrankheiten. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med., 1914, Bd. CCXVI, S. 57.

Ernst Stettner. Untersuchungen (mit Hilfe der Weichardtschen Reaktion) über die Beeinflussung der Katalysatorentätigkeit des Blutes und von Gewebeflüssigkeit im Kindesalter. Zeitschr. f. d. ges. exper. Med., 1913, Bd. II, S. 219.

Thiemich. Die Amenorrhöe der Stillenden und ihr Einfluß auf die Neukonzeption. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 2065.

Frederic H. Thomson and **Clifford Price.** The aerial conveyance of infection. (Die Übertragung der Infektion auf dem Luftwege.) Lancet 1914, Bd. CLXXXVI, S. 1669.

Walter Vollhardt. Ist die Unterscheidung mütterlichen und fötalen Blutes nach neueren Methoden möglich und kann sie auch praktisch, besonders für die gerichtliche Medizin, zur Anwendung kommen? Zentralbl. f. Gynäkol., 1914, Bd. XXXVIII, S. 720.

Wilh. Wernstedt. Die pylorale Endpartie oder das Pylorusmundstück des Säuglings- und Affenmagens. Arch. f. Anat. u. Physiol., Leipzig 1913, S. 97.

T. R. Whipham. An address on some clinical aspects of the body temperatur in childhood. (Klinische Ansichten über die Körpertemperatur im Kindesalter.) Brit. Med. Journ., 1914, Nr. 2791, S. 1397.

Bruno Wolff. Biologische Beziehungen zwischen Mutter und Kind während der Schwangerschaft. Stud. z. Pathol. d. Entwicklung, 1913, Bd. I, S. 50.

Allgemeine Diagnostik.

Hans Beumer. Das Dialysierverfahren Abderhaldens bei Rachitis und Tetanie. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 111.

Germain Blechmann. Présentation d'une ventouse de Bier modifiée pour prise de sang chez les jeunes enfants. (Réaction de Wassermann etc.) Modifizierte Biersche Glocke zur Blutentnahme bei jungen Kindern [für Wassermannsche Reaktion usw.]). Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, Bd. XXVI, S. 62.

— Technique des prélèvements de sang et des injections intraveneuses chez les nourrissons. (Hémoculture, séro-diagnostic, dosage d'urée injections intraveineuses de sérum, de neosalvarsan etc.) (Technik der Blutentnahmen und intravenösen Injektionen beim Säugling. [Serumdiagnostik, intravenöse Injektionen von Serum, Neosalvarsan usw.]) Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 150.

Cassoute. Quelques considérations à propos d'un Wassermann positif chez un nourrisson et negatif chez sa mère. (Positive Wassermannsche Reaktion beim Säugling und negative bei seiner Mutter.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, Bd. XVI, S. 166.

Antonino Corica. Contributo allo studio di prova di Abderhalden. (Beitrag zum Studium der Abderhaldenschen Reaktion.) La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 921.

Olimpio Cozzolino. La cutireazione alla tubercolina nella pertosse. (Die Pirquetreaktion beim Keuchhusten.) Rif. med.,1913, Bd. XXIX, S. 1205.

La Fetra. The Roentgen ray as a diagnostic help to the pediatrist. (Die Röntgenstrahlen als diagnostisches Hilfsmittel.) Arch. of Pediatrics, Oktober 1914. Wachenheim (New York).

F. Goetzky und **F. Welhe.** Über die Bedeutung der Epiphysenschatten beim Myxödem. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 179.

H. Tyrrell Gray. Stomach-aches associated with general infections in childhood. ((Leibschmerzen in Verbindung mit Allgemeininfektionen im Kindesalter.) Practitioner, 1914, Bd. LXXXXII, S. 26.

Lewis Webb Hill. Report on leucocytic inclusion bodies. (Bericht über Leukozyteneinschlüsse.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 792.

Herbert Koch und **Walter Schiller.** Über die Reaktionsfähigkeit tuberkulöser Hautstellen auf Tuberkulin. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 133.

Lange. Sur un nouveau spiroscope. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, S. 221.

A. Lesage. Des zones hyperesthésiques chez l'enfant. (Hyperästhetische Zonen beim Kinde.) Méd. inf., 1914, Bd. XXII, S. 25; Allgem. Wiener med. Zeitschr., 1914, Bd. LIX, S. 227 und 239; Journ. de méd. de Paris, 1914, Bd. XXXIV, S. 247.

S. Maggiore. Contributo alla tecnica per il prelevamento di sangue e per iniezioni endovenose nel lattante. (Zur Technik der Blutentnahmen und der intravenösen Injektionen beim Säugling.) La Pediatria, 1914, S.Bd. XXII, 919.

Salvatore Maggiore. Significato di alcune ipofonesi toraciche nella patologia del lattante. La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 573.

Pierre Merle. La ponction du disque intervertébral: incident au cours de la rachicentèse chez l'enfant. Soc. méd. des hopitaux de Paris, S. 19, Februar 1914.

Max Moltrecht. Die v. Pirquetsche Kutanreaktion im Säuglingsalter. Beitr. z. Klin. d. Tukerkulose, 1914, Bd. XXXI, S. 275.

P. Nobécourt. Recherche du bacille de Koch dans les urines d'enfants atteints d'affections diverses, par l'inoculation au cobaye. (Über den Nachweis des Kochschen Bazillus bei verschiedenen Erkrankungen von Kindern mittels des Meerschweinchenversuches.) Rev. de la tubercul., 1913, Bd. X, S. 385.

Nobécourt und **Marcel Maillet.** Etude des hémoconies chez les nourrissons. (Über Hämokonien beim Säugling.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 285.

R. Vila Ortiz. Un nouveau signe de prognostic: la coloration des ventouses. Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 102.

William H. Park, Abraham Zingher und **H. M. Serota.** The Schick reaction and its practical applications. (Die Schicksche Reaktion und ihre praktische Verwendung.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 481.

Otto Peiper. Entgegnung auf die Bemerkungen von H. Ziemann zu meiner Arbeit „Die v. Pirquetsche kutane Tuberkulinreaktion usw." (Heft 3, 1914, des Archivs) in Heft 4, 1914, des Archivs. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1914, Bd. XVIII, S. 274.

L. Bruce Robertson. The significance of the von Pirquet reaction in surgical tuberculosis in children. (Die Bedeutung der v. Pirquetschen Reaktion bei der chirurgischen Tuberkulose der Kinder.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 550.

Guglielmo Salvetti. Sull' importanza della cutireazione di von Pirquet nella diagnosi della tubercolosi infantile. (Die Bedeutung der Pirquetschen Kutanreaktion in der Diagnose der Kindertuberkulose.) La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 35.

Sedgwick. Roentgenography in the diagnosis of diseases of children. (Röntgendiagnose der Kinderkrankheiten.) Illinois Med. Journ., Juni 1914. Wachenheim (New York).

Siro Segagni. Sul valore diagnostico della reazione del „Gliciltriptofano" nel liquido cefalo-rachideo dei bambini. (Diagnostischer Wert der Glyzyltryptofanprobe in der Zerebrospinalflüssigkeit beim Kinde.) La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 914.

N. Stricker. Zur Tuberkulindiagnostik im Kindesalter. Dissert., Freiburg 1913.

P. Wern. Erfahrungen über neuere Methoden in der Diphtheriediagnose. Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1914, Bd. XXVII, S. 298.

Behandlung und Pflege.

Helene Dihle. Kinderpflege in früheren Jahrhunderten. Mutter und Kind, 1914, Bd. VI, S. 4.

Häberlin. Thalassotherapeutische Erfolge. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 975.

Rudolf Hecker. Klimatotherapie im Kindesalter. Zeitschr. f. physikal. Ther., Leipzig 1914, Bd. XVIII, S. 1.

Siegfried Herrmann. Pflege der Haare. Mutter und Kind, 1914, Bd. VI, S. 11.

W. William Howell. Suggestive treatment in diseases of childhood. (Suggestive Behandlung bei Krankheiten im Kindesalter.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 230.

Ruth Johansson. Contribution à l'étude de la providence du cordon ombilical. (Versorgung der Nabelschnur.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol., 1913, Bd. XVIII, S. 475.

Kendall. The treatment, care and training of feeble-minded children. (Pflege schwachsinniger Kinder.) Oklahoma State Med. Assoc. Journ., Juli 1914. Wachenheim (New York).

Fritz Krone. Die Bedeutung der Balneotherapie in der Kinderpraxis. Med. Klinik, Berlin 1914, Bd. X, S. 855.

Lehmann. Das tägliche Säuglingsbad. Mutter und Kind, 1914, Bd. VI, S. 2.

C. G. Leo-Wolf. Care of the new-born. (Pflege der Neugeborenen.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 363.

Else Liefmann. Einige Bemerkungen über den Aufenthalt chronisch kranker Kinder im Schweizer Hochgebirge. Zeitschr. f. Balneol., Berlin 1913, Bd. VI, S. 524.

A. B. Marfan. Plan général de prophylaxie des maladies contagieuses dans les agglomérations de nourrissons. (Allgemeiner Plan zur Verhütung der kontagiösen Erkrankungen bei Anhäufung von Säuglingen.) Le nourrisson, 1914, Bd. II, S. 208.

Marie Petri. Aus der Kinderstube. Mutter und Kind, 1914, Bd. VI, S. 13.

A. Pinard. Sur les inconvénients résultant, pour l'hygiène des nouveaunés, de l'emploi de certaines tétines. (Über die aus dem Gebrauch bestimmter Sauger resultierenden Schädigungen für die Hygiene der Neugeborenen.) Rev. prat. d'obstétr. et de péd., 1913, Bd. XXVI, S. 321.

Cl. Frh. v. Pirquet. Der Levinsonsche Mundspatel für Säuglinge. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 220.

— Ein neuer Nabelverband für Neugeborene. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 220.

A. N. Rachmanow. Methode der Nichtunterbindung der Nabelschnur. Ausgeführt bei 10.000 Geburten in der Städtischen Gebäranstalt in memoriam von Frau Abrikosowa in Moskau. Zentralbl. f. Gynäkol., 1914, Bd. XXXVIII, S. 590.

H. Roeder. Untersuchungen über den Einfluß der Geländebehandlung auf schwachkonstituierte herzkranke Kinder. In Gemeinschaft mit C. Bieling und B. Spinak, mit einer Einführung von A. Bickel. Intern. Beitr. z. Pathol. u. Therap. d. Ernährungsstörungen, Stoffwechsel- u. Verdauungskrankh., 1914, Bd. V, S. 133.

Hans Roeder, Curt Bieling und **B. Spinak.** Untersuchungen über den Einfluß der Geländebehandlung auf schwachkonstituierte herzkranke Kinder. Mit einer Einführung von Adolf Bickel. Intern. Beitr. z. Pathol. u. Therap. d. Ernährungsstörungen, Stoffwechsel- u. Verdauungskrankh., 1914, Bd. V, S. 133.

Hermann Schröder. Über die geschichtliche Entwicklung und den heutigen Stand der Vakzinebehandlung. Therap. Monatsh., 1914. Bd. XXVIII, S. 81.

Pit de la Villéon. Pour empêcher les souillures des appareils chez les nourrissons. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 27. März 1914.

Pharmakologie und Toxikologie.

Marcel Le Fèvre de Arric. De l'action des métaux colloidaux dans les maladies infectieuses. (Über die Wirkung von kolloidalen Metallen bei Infektionskrankheiten.) Trav. de l'inst. de thérap. de Bruxelles, 1913, Bd. XI, S. 1.

A. Dollinger. Ein Fall von Bromoderma tuberosum bei einem 9monatigen Säugling im Anschluß an Bromkalziummedikation. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 460.

Engel. Über die Dosierung von Arzneimitteln im Kindesalter. Therap. d. Gegenwart, 1914, Bd. LV, S. 205.

F. S. Freund. Erfahrungen mit Yatren puriss. zur Unterstützung der Diphtheriebehandlung. Deutsche med. Wochenschr., 1913. Bd. XXXIX, S. 2341.

F. Göppert. Die therapeutische Verwendung der Kalksalze. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 1003.

Karl Hedén. Klinische Beobachtungen über die Einwirkung des Salvarsans und der Kombination von Salvarsan und Quecksilber auf den Fötus. Dermatol. Wochenschr., 1914, Bd. LVIII, S. 361.

Hans Januschke. Ein Fall von Bromoderma. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 220.

Philipp Jung. Der Übergang von Arzneimitteln von der Mutter auf den Fötus. Therap. Monatsh., Berlin 1914, Bd. XXVIII, S. 104.

Karl Kassowitz und **B. Schick.** Über das Verhalten des Menschen gegenüber ausgeglichenen Diphtherietoxin-Antitoxinmischungen. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med., 1914, Bd. II, S. 305.

Erwin Popper. Über die Verwendung des Papaverins in der Kinderbehandlung. Wiener klin. Wochenschr., 1914, Bd. XXVII, S. 361.

Christian Schöne. Eine experimentelle Begründung der Dosierung des Diphtherieheilserums beim Menschen. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Therap., 1914, Bd. XXII, S. 156.

Carl J. Wiggers. Further observations on the constricting action of adrenaline on the cerebral vessels. (Weitere Beobachtungen über die konstriktorische Wirkung von Adrenalin auf die Hirngefäße.) Journ. of Physiol., 1914, Bd. IIL, S. 109.

Bakteriologie.

Ed. Büsing. Über den Zusatz von Rindergalle zum Löfflerschen Diphtherienährboden. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 486.

Jesse R. Gerstley and **Harry B. Fuller.** A simple technic for blood-cultures in children. (Eine einfache Methode für Blutkulturen beim Kinde.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1914, Bd. LXII, S. 376.

L. R. Grote. Über einige neuere Strömungen in der bakteriologischen Diphtherieforschung. Fortschr. d. Med., Berlin 1914, Bd. XXXII, S. 233.

N. P. O'Gorman Lalor. Note upon some unusual forms of the parasite of pernicious malaria, found at an endemic blackwater fever centre in blood smears from certain children. (Mitteilung über einige ungewöhnliche Formen von Malariaparasiten, entdeckt in Blutausstrichen von Kindern in einem Schwarzwasserfieberherd.) Indian Med. Gaz., 1913, Bd. XXXVIII, S. 253.

W. P. Larson and **J. P. Sedgwick.** The complement fixation reaction of the blood of the children and infants using bacillus abortus as antigen. (Die Komplementfixation gegenüber dem Bacillus abortus bei Kindern und Säuglingen.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 326.

C. Levaditi. Virus de la poliomyélite et culture des cellules in vitro. (Über das Virus der Poliomyelitis und die Kultur der dasselbe enthaltenden Zellen in vitro.) Cpt. rend. hebdom. d. séanc. de la soc. de biol., 1913, Bd. LXXV, S. 202.

Hans Mautner. Eine bisher nicht beschriebene Moniliaart bei chronischer Bronchitis. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S.6.

Hans Mautner. Parendomyces pulmonalis Plaut, eine bisher nicht beschriebene Moniliaart. Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., 1914, Bd. LXXIV, S. 207.

Serologie und Immunitätslehre.

Felix Bauer. Über Beziehungen der Kinderheilkunde und Immunitätsforschung. Zeitschr. f. Chemother., Leipzig, Ref., 1914, Bd. III, S. 245.

Fritz Cuno. Primäre Anaphylaxie bei wiederholter Diphtherieheilseruminjektion. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 1017.

Diony Hellin. Über eine noch unbekannte Eigenschaft des Blutserums von Neugeborenen und Schwangeren. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 1331.

Guy Laroche, Ch. Richet fils et **Fr. Saint-Girons.** L'anaphylaxie alimentaire aux œufs. Etude experimentale. (Alimentäre Anaphylaxie gegen Eierweiß. Experimentelle Studie.) Arch. de méd. exp. et d'anat. pathol., 1914, Bd. XXVI, S. 51.

Ed. Lesné. Anaphylaxie alimentaire chez l'enfant. (Alimentäre Anaphylaxie beim Kinde.) Pédiatrie prat., 1914, Bd. XXII, S. 105.

Sydney R. Miller. Koplik's spots occurring on the tonsils of a child subsequently found to be anaphylactic to egg-albumen. (Koplik'sche Flecken auf den Tonsillen eines Kindes als Zeichen einer Anaphylaxie gegen Hühnereiweiß.) Bull. of the Johns Hopkins Hosp., 1914, Bd. XXV, S. 78.

Vittorio Scaffidi. Sulla trasmissione dello stato anafilattico dalla madre alla prole. (Die Übertragung des anaphylaktischen Zustandes von der Mutter auf die Nachkommenschaft.) Rif. med., 1913, Bd. XXIX, S. 1296.

Entwicklung und Sprache.

Belot. Contribution à l'étude du développement physique de l'enfant. (Zur physischen Entwicklung des Kindes.) Thèse de Bordeaux, 1913.

De Font- Réault. Influence de l'état de la vision sur le développement intellectuel et physique des enfants. (Einfluß der Beschaffenheit der Sehfunktion auf die intellektuelle und körperliche Entwicklung der Kinder.) Rev. med. de méd. et de chirurg., 1914, Bd. XII, S. 127.

Emil Fröschels. Über das Wesen des Stotterns. Beiblatt zu den Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 2, 6.

Kenyon. The problem of the stammering child. (Das Stottern.) Illinois Med. Journ., August 1914. Wachenheim (New York).

J. Laumonnier. Les lois du développement de l'enfant. (Die Gesetze der Entwicklung des Kindes.) Gaz. des hôp. civ. et milit., 1914, Bd. LXXXVII, S. 1077.

Lucien Mayet. Le développement normal moyen du corps de l'enfant. (Die normale mittlere Entwicklung des kindlichen Körpers.) Enfance, 1913, Bd. I, S. 104.

Eduard Riedel. Die Körperlänge von Münchener Schulkindern, dargelegt nach den Prinzipien der Kollektivmaßlehre. Dissert., München, 1913.

Awrum Skibinski. Das Körpergewicht von Münchener Schulkindern. Dissert., München 1914.

C. W. Valentine. The colour perception and colour preferences of an infant during its fourth and eighth months. (Die Farbenempfindung eines Kindes im 4. und 8. Monat.) Brit. Journ. of Psychol., 1914, Bd. VI, S. 363.

Wilcke. Merktafel über Gewicht und Länge der Kinder. Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1914, Bd. XXVII, S. 175.

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Erich Aschenheim. Quarkfettmilch — ein weiterer Ersatz der Eiweißmilch. Therap. Monatsh., 1914, Bd. XXVIII, S. 435.

H. Bahrdt und **F. Edelstein.** Untersuchungen über die Pathogenese der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. IX. Mitteil.: Die flüchtigen Fettsäuren in frischer und verdorbener Säuglingsnahrung. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 403.

H. Bahrdt, F. Edelstein, P. Hanssen und **E. F. Welde.** Untersuchungen über die Pathogenese der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. X. Mitteil.: Tierversuche über die Vermehrung von Bakterien und die Bildung flüchtiger Fettsäuren im Magen (und Darm) bei Fütterung von keimreicher Milch. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 416.

Hans Bahrdt und **Stafford Mc Lean.** Untersuchungen über die Pathogenese der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. 8. Mitteil.: Über die flüchtigen Fettsäuren im Darm gesunder und magendarmkranker Säuglinge und ihre Beziehungen zu den Stoffwechselstörungen. Zeitschr. f. Kinderheilk., Berlin 1914, Bd. XI, S. 143.

K. Banholzer. Der Einfluß des Nichtstillens auf das Schicksal des Neugeborenen. Dissert., München 1913.

H. Barbier. Les accidents causés par l'excès de beurre dans le lait des nourrices. (Störungen infolge übermäßigen Fettgehaltes der Ammenmilch.) Journ. de diététique, 15. Februar 1913, Nr. 2, S. 25.

Henry Barbier und **Maurice Cléret.** L'atrophie des nourrissons et les lésions congénitales du foie des nouveau-nés. (Atrophie der Säuglinge und angeborene Leberläsionen der Neugeborenen.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 401.

Heinrich Barth. Untersuchungen zur Physiologie des Saugens bei normalen und pathologischen Brustkindern. Dissert., Berlin 1914.

Karl Baerthlein und **Walter Huwald.** Zur Ätiologie des Säuglingsdarmkatarrhs. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 478.

Bartlett. Persistent vomiting associated with rumination in an infant of 5 months. (Persistierendes Erbrechen und Rumination bei einem 5monatigen Kinde.) Amer. Journ. Dis. Childr., Oktober 1914. Erfolgreiche Behandlung mit halbfester Diät.
Wachenheim (New York).

J. Basten. Beiträge zur Methodik der Untersuchung der Bakterienflora des Säuglingsstuhles und zur Kenntnis seiner wichtigsten Bakterientypen. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1914, Bd. LXXVII, S. 282.

Karl Beck. Kaseinkalziummilch bei Ernährungsstörungen der Säuglinge. Med. Klinik, Berlin 1914, Bd. X, S. 149.

S. Bernhard. Osmotischer Druck und Eiweißgehalt des Blutes alimentär intoxizierter Säuglinge. Dissert., Leipzig 1913.

Charles White Berry. Some cases of diarrhea treated with culture of the Bacillus Bulgaricus. (Behandlung der Diarrhöe mit Kultur des Bac. bulgaricus.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 525.

— Nursing management of breast fed infants. (Ernährungstechnik bei Brustkindern.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 583.

D. M. Bertrand. Recherches sur la flore intestinale dans la diarrhée des nourrissons. (Untersuchungen über die Darmflora bei Diarrhöen der Säuglinge.) Ann. de l'inst. Pasteur, 1914, Bd. XXVIII, S. 121.

Biebesheimer. Infant feeding. (Säuglingsernährung.) Iowa State Med. Soc. Journ., August 1914. Wachenheim (New York).

André Bocage. Allaitement complet de huit enfants par une femme qui n'a donné qu'un sein. (Stillen von 8 Kindern an nur einer Brust.) Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 298.

Bosworth, Bowditch and **Ragle.** Casein in infant feeding. (Kasein in der Säuglingsernährung.) Amer. Journ. Dis. Children, August 1914. Wachenheim (New York).

Bowditch and **Bosworth.** Casein in infant feeding. Experiments in exact percentages. Amer. Journ. Dis. Children, Dezember 1913. Wachenheim (New York).

H. Breyer. Sommersterblichkeit der Säuglinge in Leipzig in den Jahren 1904—1911. Dissert., Leipzig 1913.

Chapin. The physicians field in infant feeding. (Das Feld des Arztes bei der Säuglingsernährung.) Journ. Amer. Med. Assoc., 3. Oktober 1914. Wachenheim (New York).

William B. Mc Clure. Neurotic vomiting in an infant. (Nervöses Erbrechen bei einem Säugling.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 48.

Combe. Les maladies gastro-intestinales des enfants et leur traitement. (Die Magen-Darmaffektionen der Kinder und ihre Behandlung.) Paris 1913.

Robert Craik. Yeast infection in children. (Hefeinfektion bei einem Kind.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2758, S. 1205.

Crandall. The treatment of the summer diarrheas of children. (Behandlung der Sommerdiarrhöen.) New York Med. Journ., 11. Juli 1914. Wachenheim (New York).

G. di Cristina. Sull' impiego del latte iperalbuminato nei disturbi nutritivi del lattante. (Über die Anwendung der Eiweißmilch bei den Ernährungsstörungen des Säuglings.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 161.

Davezac. Diarrhée infantile, statistique bordelaise. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 11. Juli 1913.

François Deresse. Des causes qui empêchent les femmes d'allaiter. (Die Ursachen des Nichtstillens.) Rev. prat. d'obstétr., 1914, Bd. XXVII, S. 51.

Dixon. Problems in infant feeding. (Probleme der Säuglingsernährung.) Kentucky Med. Journ., 15. September 1914. Wachenheim (New York).

E. Döbeli. Sammelreferat über Arbeiten aus der Literatur über Ernährung und Ernährungstherapie des gesunden und kranken Kindes, umfassend die Jahre 1910, 1911 und 1912. Teil II. Künstliche Ernährung. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Bd. XLIV, S. 13, 47, 75, 394 und 433.

H. Dorlencourt et **H. Edelmann.** La constipation habituelle du nourrisson. (Konstitutionelle Obstipation im Säuglingsalter.) Semaine gynécol., 1914, Bd. XVIII, S. 397.

A. Dutoit. Über die Beziehungen der Ernährung zur Muttermilch und die Folgen derselben für das Gedeihen des Säuglings. Ärztl. Rundschau, München 1913, Bd. XXIII, S. 469.

Wm. R. P. Emerson. Measured feeding for older children. (Abgemessene Nahrungsmengen für ältere Kinder.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 80.

Gaetano Finizio. Il latte in polvre nell' alimentazione dei lattanti. (Trockenmilch bei der Ernährung von Säuglingen.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 495.

A. Fischer. Kuhmilch und vegetabile Milch und ihre Unterschiede in der Magenverdauung, besonders mit Rücksicht auf das Problem der Kuhmilchintoleranz. Eine vergleichend-experimentell-diätetische Studie. Arch. f. Verdauungskrankh., 1914, Bd. XX, S. 13.

Friedrich Föhrenbach. Poliklinische Erfahrungen mit Larosan. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 1508.

A. Dingwall Fordyce and **J. H. Gibbs.** The place of diet in the develpoment of dental caries and dyspepsia in childhood. (Der Einfluß der Diät auf die Entstehung von Zahnkaries und Dyspepsien im Kindesalter.) Edinburgh Med. Journ., 1914, Bd. XII, S. 207.

Hans Friedenthal. Über Säuglingsernährung nach physiologischen Grundsätzen mit Friedenthalscher Kindermilch und Gemüsepulvern. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 727.

Erich Gast. Über die Wirkung des Odda K. auf den kindlichen Organismus. Eine Stoffwechseluntersuchung. Med. Klinik, Berlin 1914, Bd. X, S. 1188.

Gaston. The acute diarrhea of children. (Akuter Durchfall bei Kindern.) West Virginia Med. Journ., August 1914.
Wachenheim (New York).

Giacinto Gatti. Intolleranza per il latte in seguito alle affezioni varie delle vie digestive nella prima infanzia. Contributo clinico. (Intoleranz gegen Milch als Folge verschiedener Erkrankungen des Verdauungstraktes in der ersten Kindheit.) Giorn. internaz. de scienze med., 1914, Bd. XXXVI, S. 145.

Grassl. Milchdrüse und Mutter. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. V, S. 257.

Helmholz. The relation of heat to the morbidity and mortality of infants from gastro-intestinal diseases. (Verhältnis heißer Witterung zur Morbidität und Mortalität der Kinder an Magendarmkrankheiten.) Journ. Amer. Med. Assoc., 17. Oktober 1914.
Wachenheim (New York).

Alfred F. Hess. The mouth-drip: a method of administering fluid to infants in gastro-enteritis (alimentary intoxication). (Der Mundträufler: Eine Methode der Flüssigkeitszufuhr bei Säuglingen mit Gastroenteritis.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1914, Bd. LXII, S. 452.

Kurt Hüttig. Die Erfahrungen mit fleischloser Kost bei heranwachsenden Kindern. Dissert., Berlin 1914.

Hans Januschke. Eiweißfettfreie Kost zur Behandlung insuffizienter Herzen. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 220.

Rud. Th. Jaschke. Die Zahl der Mahlzeiten beim Neugeborenen. Zugleich eine Antwort auf die vorstehenden Bemerkungen von Prof. Dr. Rietschel. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1914, Bd. LXXV, S. 736.

Walther Kaupe. Das Erbrechen der Säuglinge. Mutter und Kind, 1914, Bd. VI, S. 2.

Kerley. 141 cases of recurrent vomiting in private practice. (141 Fälle von rezidivierendem Erbrechen in der Privatpraxis.) Amer. Journ. Dis. Child., Oktober 1914. Wachenheim (New York).

C. de Lange. Verhungerte Säuglinge. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, S. 1775.

Rudolf Lawatschek. Die enterale Resorption von genuinem Eiweiß bei Neugeborenen und darmkranken Säuglingen und ihre Verwertbarkeit als Funktionsprüfungsmethode. Prager med. Wochenschrift, 1914, Bd. XXXIX, S. 185.

Jerome S. Leopold. Experiences with whey modified milk in infant feeding. (Erfahrungen mit molkenmodifizierter Milch.) Schloß. Amer. Journ. Dis. Child., September 1914. Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 20.
Verf. notiert die besten Erfolge in den ersten 3 Lebensmonaten.
Wachenheim (New York).

Leo Wolff. The dietetic treatment of children during the second period of life. (Diät älterer Kinder.) Med. Record., 10. Oktober 1914.
Wachenheim (New York).

A. Lesage. L'atrophie-athrepsie des nourrissons; ses limites. (Atrophie-athrepsie der Säuglinge; ihre Grenzen.) Paris Méd., 1913, S. 15.

— Essai sur les atrophies du nourrisson. (Studie über die Säuglingsatrophien.) Méd. infant., 1914, Bd. XXII, S. 32. Journ. de méd. de Paris, 1914, Bd. XXXIV, S. 552.

A. Lesage et **M. Cléret.** Recherches sur l'anatomie pathologique de l'atrophie spasmodique congénitale du nourrisson. (Untersuchungen über die pathologische Anatomie der angeborenen, spastischen Säuglingsatrophie.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc., 1914, Bd. LXXVI, S. 369.

W. R. Logan. The intestinal flora of infants and young children. (Die Darmflora von Säuglingen und jungen Kindern.) Journ. of Pathol. and Bacteriol., 1914, Bd. XVIII, S. 527.

Longevialle. Les effets du sucrage du lait dans le traitement des dyspepsis infantiles avec vomissements. Étude de chirurgie et clinique. (Einfluß der Zuckerung der Milch auf die Behandlung der mit Erbrechen einhergehenden kindlichen Dyspepsie. Chirurgische und klinische Studie.) Thèse de Paris, 1913.

H. Lowenburg. The etiology and treatment of infantile wasting. (Ursache und Behandlung kachektischen Zustandes beim Säugling.) New York Med. Journ., 1914, Bd. XCIX, S. 574.

Harry Lowenburg. Etiology of artificial feeding. A plea for the study of breast-milk problems. (Die Ursachen der künstlichen Ernährung. Ein Plaidoyer für das Studium der Brusternährung.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 2124.

Franceseo Luna. Fenomeni digestivi che si svolgono nello stomaco del lattante alimentato con farine lattee. (Verdauungsvorgänge im Säuglingsmagen bei Ernährung mit Milchmehlen.) La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 578.

Ernst Mayerhofer und **Franz Roth.** Klinische Beobachtungen über die kalorische Betrachtungsweise der Säuglingsernährung. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 117.

Grace Meigs. Review of the literature on the feeding and gastro-intestinal diseases of infants, for the year 1913—1914. (Literaturübersicht über Ernährung und Ernährungsstörungen der Säuglinge [1913—1914]). Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VIII, S. 58.

Pr. Merklen. A propos de l'alimentation exclusive. Bull. de la soc. de pédiatrie de Paris, 1914, S. 197.

E. Metschnikoff. Études sur la flore intestinale. Les diarrhées des nourrissons. (Studien über Darmbakterienflora. Die Säuglingsdiarrhöen.) La Presse méd., 1914, Nr. 47, S. 443.

— Études sur la flore intestinale. 4. Les diarrhées des nourrissons. (Studien über die Darmflora. 4. Die Diarrhöen der Säuglinge.) Ann. de l'inst. Pasteur, 1914, Bd. XXVIII, S. 89.

Enrico Modigliani. Esperienze cliniche sul latte albuminoso di Finkelstein et Meyer. (Klinische Erfahrungen über die Eiweißmilch von Finkelstein und Meyer.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 405.

Morse. The feeding of infants and some diseases of the gastro-enteric tract in infancy. (Säuglingsernährung und Magendarmerkrankungen.) Maine Med. Assoc. Journ., Juni 1914.
Wachenheim (New York).

Mulherin. The use of protein milk in the diarrheal disorders of infancy. (Die Eiweißmilch bei diarrhöischen Störungen des Säuglingsalters.) Georgia Med. Assoc. Journ., Juli 1914.
Wachenheim (New York).

Myers. A consideration of some practical breast-milk problems. (Betrachtung über gewisse praktische Stillfragen.) Journ. Amer. Med. Assoc., 3. Oktober 1914. Wachenheim (New York).

Fritz Näf. Beobachtungen über Eiweißmilch. (Mit drei Tabellen und zwei Kurventafeln.) Zürich, Gebr. Leemann & Co., 1913, Inaug.-Dissert., Zürich.

Neff. Feeding of the sick infant. (Ernährung des kranken Säuglings.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Juni 1914.
Wachenheim (New York).

Eugen Neter. Die Bedeutung des Stillens für die stillende Mutter. Mutter und Kind, 1914, Bd. VI, S. 3.

Neubauer. Rasche Heilung wunder Brustwarzen. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 2410.

Nobécourt. Etiologie des affections gastro-intestinales du nourrisson. (Rôle de l'alimentation.) (Ätiologie der gastro-intestinalen Störungen beim Säugling.) (Einfluß der Ernährung.) Pédiatrie prat., 1914, Bd. XII, S. 277.

— Traitement des affections gastro-intestinales chez les nourrissons. (Behandlung der Ernährungsstörungen im Säuglingsalter.) Progrès méd., 1914, Bd. XLII, S. 341.

— Traitement des vomissements des nourrissons et de l'athrepsie par le sucre à hautes doses. (Behandlung des Erbrechens und der Athrepsie bei Säuglingen durch Zuckerverabreichung in hohen Dosen.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 321.

Pironneau. La contagiosité de la diarrhée des nourrissons. Expériences nouvelles de M. Metchnikoff. (Die Kontagiosität der Säuglingsdiarrhöe. Neue Versuche von M. Metchnikoff.) Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 198.

O. Porges. Wirkung der Zuführung von Fett bei der Haferkur. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 248.

Portes. Étude sur la farine d'avoine. (Untersuchungen über das Hafermehl.) Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 7 und 41.

Léon Pouliot. La poudre de lait dans l'alimentation des nourrissons. (Das Milchpulver in der Ernährung der Säuglinge.) Rev. prat. d'obstétr. de gynécol., 1913, Bd. XXI, S. 329.

F. J. Poynton and **Hugh Paterson.** The occurrence of ascites of a nontuberculous origin in chronic recurrent diarrhoea in childhood. (Das Vorkommen von Aszites nichttuberkulösen Ursprungs bei chronisch rezidivierenden Durchfällen des Kindesalters.) Lancet, 1914, Bd. CLXXXVI, S. 1533.

E. J. Poynton, R. R. Armstrong und **D. N. Nabarro.** A contribution to the study of a group of cases of chronic recurrent diarrhoea in childhood. (Beitrag zur Frage der chronisch rekurrierenden Diarrhöe im Kindesalter.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1914, Bd. XI, S. 145, 193.

Eric Pritchard. Some physiological principles concerned in the nutrition of infants. (Für die Säuglingsernährung wichtige physiologische Grundsätze.) Practitioner, 1914, Bd. XCII, S. 41.

Erle Pritchard. Dried milk in infant feeding. (Trockenmilch in der Säuglingsernährung.) Pediatrie, 1914, Bd. XXVI, S. 300.
— The establishment of lactation. (Das Zustandekommen der Laktation.) Amer. Med., 1914, Bd. XX, S. 327.
Prunier. L'hypoalimentation chez le nourrisson et ses rapports avec l'hypertrophie, L'atrophie infantile et le rachitisme. (Die Hypoalimentation beim Säugling und ihre Beziehungen zur Hypertrophie. Atrophie und Rachitis.) Thèse de Paris, 1913.
Regolo Rabajoli. La farina alimentare nella dietetica infantile. (Das Nährmehl bei der kindlichen Ernährung.) Gazz. med. di Roma, 1914, Bd. XL, S. 86 und 142.
Hans Rietschel. Bemerkungen zu der Arbeit Jaschkes: „Neue Beiträge zur Physiologie und der Technik der natürlichen Ernährung des Neugeborenen". Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1914, Bd. LXXV, S. 732.
Roler. Infant feeding in the earlier months. (Säuglingsernährung in den ersten Monaten.) Illinois Med. Journ., Juni 1914.
Wachenheim (New York).
J. C. Schippers. Über Wiederkäuen bei dem Menschen und besonders beim Säugling. Nederl. tijdschr. v. geneesk., 1914, Bd. LVIII, S. 785.
Erich Sluka und **Bernhard Spork.** Über die Erfolge der Eiweißmilchernährung im Hause und im Spital. Wiener klin. Wochenschr., 1914, Bd. XXVII, S. 833.
Southworth. The influence of starch on infant digestion. (Die Stärke bei der Säuglingsverdauung.) Journ. Amer. Med. Assoc., 17. Oktober 1914. Wachenheim (New York).
B. Spork. Über die Anwendung von Eiweißmilch in und außerhalb des Spitals. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien, 1914, Bd. XIII, S. 100.
Steinhardt. Summer diarrheas. (Sommerdiarrhöen.) Boston Med. and Surg. Journ., 6. August 1914. Wachenheim (New York).
Stoeltzner. A simple substitute for „Eiweißmilch". (Ein einfacher Ersatz für Eiweißmilch.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 251.
K. Takasu. Über zwei eigentümliche Säuglingskrankheiten bei natürlicher Ernährung in Japan. Jahrb. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXXX, S. 500.
— Die Säuglingskakke. Jahrb. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXXX, S. 500.
— Eine spasmophile Dyspepsie bei natürlicher Ernährung. Jahrb. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXXX, S. 519.
V. Tedeschi. Lo stato attuale delle questioni relative alle anomalie di nutrizione del lattante. (Der heutige Stand der Frage von den Ernährungsstörungen des Säuglings.) Rev. di clin. pediatria, 1913, Bd. XI, S. 881.
Erwin Thomas. Über die Beziehungen chronischer Unterernährung zur Infektion und die klinischen Zeichen der herabgesetzten Immunität. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 317.
— Experimentelle Beiträge zur Frage der Beziehungen von Infektion und Ernährung. Mitteil. 1. Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LVII, S. 456,
Tobler. Die Behandlung des akuten Brechdurchfalles der Säuglinge. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 473.
Franz v. Torday. Über das Stillen. Pester med. chir. Presse, 1913, Bd. XLIX, S. 373.
H. Triboulet und **H. Godlewski.** Emploi de l'eau de mer (plasma de Quinton) en ingestion dans les gastro-entérites aigues des nourrissons. (Anwendung des Meerwassers per os bei der akuten Gastroenteritis des Säuglings.) Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 145.
Underhill and **Steele.** The presence of lactic acid in the urine in cyclic vomiting of childhood. (Anwesenheit von Milchsäure im Urin

beim zyklischen Erbrechen.) Amer. Journ. Dis. Child., August 1914. Wachenheim (New York).

Variot. Technique de l'allaitement artificial. (Technik der künstlichen Ernährung.) Pathol. infant., 1914, Bd. XI, S. 81.

G. Variot. Les nourrices illettrées de l'assistance publique. Nécessité absolue d'instruire les éleveuses au biberon. La Clin. infant., 1914, Bd. XII. S. 385.

Variot et **Grandjean.** Deux cas d'hypotrophie dus à l'hypoalimentation, avec dilatation de l'estomac, chez des nourrissons traités avec succès par le lait hypersucré. (2 Fälle von Hypotrophie infolge Unterernährung mit Magendilatation bei Säuglingen; erfolgreiche Behandlung mit zuckerreicher Milch.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, S. 208.

G. Variot et **Laviolle.** L'hypersucrage du lait dans le traitement des dyspepsies avec intolérance gastrique. Acad. des scienc. de Paris, 24. November 1913.

Georges Vitry et **Henri Labbé.** Un cas de vomissements périodiques chez l'enfant. Étude des réactions urinaires d'acidose. (Ein Fall von periodischem Erbrechen beim Kinde. Azidosereaktionen im Urin.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1914. Bd. XXX, S. 1007.

Alfred C. Wallin. Akute infantile intestinal infection. Pediatrics. 1914, Bd. XXVI, S. 481.

Wilhelm Wegener. Zur Frage der Ernährung kranker Säuglinge mit Larosanmilch. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI. S. 359.

Weill-Hallé. Symptômes et conséquences de la subalimentation chez le nourrisson. (Symptome und Folgen der Unterernährung beim Säugling.) Clinique, Paris, 1914, Bd. IX, S. 309.

Ruth Wheeler and **Alice Biester.** A study of the nutritive value of some proprietary infant foods. (Studie über den Nährwert einiger Kinderpräparate.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII. S. 169.

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

B. Auché. Le lait des femmes tuberculeuses. (Milch tuberkulöser Frauen.) Soc. de biol. de Paris, 13. Dezember 1913.

H. Bertin-Sans et **Em. Gaujoux.** Les réductases du lait de vache, leur signification au point de vue de la valeur hygiénique du lait. (Die Reduktasen der Kuhmilch, ihre Bedeutung für den hygienischen Wert der Milch.) Rev. d'hyg., 1914, Bd. XXXVI, S. 258.

A. R. Erlbeck. Die hygienische Milchversorgung der Städte. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VIII, S. 41, 104.

Bernhard Fischer. Typhusverbreitung durch Milch in Schleswig-Holstein. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 274.

Wilhelm Fleischmann. Die Beziehungen zwischen dem spezifischen Gewicht und dem prozentischen Gehalt an Fett und Trockenmasse der Kuhmilch. Jahrb. f. Landw., Berlin 1914, Bd. LXII, S. 159.

Ford and **Pryor.** Bacteria found in milk heated to various temperatures. (Keime in auf verschiedene Temperaturen erhitzter Milch.) Bull. Johns Hopkins Hospital, September 1914. Wachenheim (New York).

W. W. Ford and **J. C. Pryor.** Observations on the pasteurization of milk. (Beobachtungen über die Milchpasteurisierung.) Transact. of the Assoc. of Amer. Physical., 1913, Bd. XXVIII, S. 40.

W. Freund. Das Biorisatorverfahren nach Dr. Lobeck. Mitteil. d. Deutschen milchwirtschaftl. Ver., Hannover 1913, Bd. XXVII. S. 1489.

Gary. Milk. (Die Milch.) Kentucky Med. Journ., Juli 1914. Wachenheim (New York).

Giuseppe Giliberti. Il latte nei concetti moderni dell' igiene. (Die Milch im Lichte der modernen Hygiene.) Camerino, Tip. Fratelli Marchi 1913.

W. Grimmer. Beiträge zur Kenntnis der Fermente der Milchdrüse und der Milch. Hab.-Schr., tierärztl. Hochschule, Dresden 1913, S. 47.

Grumme. Über die Möglichkeit, den Fettgehalt der Milch zu steigern. (Tierexperimentelle Studie.) Zeitschr. f. exper. Pathol., Berlin, 1913, Bd. XIV, S. 549.

B. Raymond Hoobler. A simple method of preparing albumin milk. (Eine einfache Methode der Eiweißmilchbereitung.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 174.

E. W. Hope. The aims, objects and methods of sterilization of milk. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 640.

Adolf Jacobson. Die Milchkontrolle der Stadt Kristiania. Zeitschr. f. Fleischhyg., Berlin 1914, Bd. XXIV, S. 512 und 529.

W. D. Kooper. Hygienische Milchgewinnung. Molkerei-Ztg., Hildesheim, 1914, Bd. XXVIII, S. 809.

Alois Kreidl und **Emil Lenk.** Der Einfluß des Fettgehaltes der Milch auf ihre Labungsgeschwindigkeit. Biochem. Zeitschr., Berlin 1914, Bd. LXIII, S. 151.

R. Kudicke und **H. Sachs.** Über das biologische Verhalten roher und gekochter Milch. (Immunisierungs- und Komplementbindungsversuche.) Zeitschr. f. Immunforsch., Jena 1913, Bd. XX, S. 316.

P. Lavialle. Action de la chaleur sur la saccharose en solution dans le lait de vache. (Wirkung der Hitze auf den in der Kuhmilch gelösten Rohrzucker.) Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 167.

L. Lindet. Influence de la minéralisation des caséines sur leur solubilité. (Der Einfluß der Mineralisation der Kaseine auf ihre Löslichkeit.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc., 1914, Bd. CLIX, S. 122.

L. Liperowsky. Über das elastische Gewebe der menchlichen Milchdrüse. Anat. Anzeiger, 1914, Bd. XLV, S. 504.

Oskar Lobeck. Neues Verfahren zum Entkeimen der Milch. Berliner Milchztg., 1913, Bd. XXXIV, S. 3.

Th. Lorcenzen. Der Biorisator in der Praxis. Versuchsresultate. Milchwirtschaftliches Zentralbl., Hannover 1913, Bd. XLII, S. 647.

Adolf Mayer. Das Homogenisieren der Milch zum Zwecke von deren besseren Konservierung. Badener landw. Wochenbl., Karlsruhe 1914, S. 44.

R. Meurer. Über das Biorisatorverfahren und die Enzymamilch. Deutsche milchw. Ztg., Bunzlau 1914, Bd. XIX, S. 326.

L. Michaelis und **A. Mendelsohn.** Die Wirkungsbedingungen des Labfermentes. Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LVIII, S. 315.

S. O. Mitschnik. Einige experimentelle und klinische Beobachtungen über Verdauung und Ausnutzung der Peptonmilch, Pediatria, 1913, Bd. V, S. 57.

A. E. Naish. The use of dried milk. (Indikationen für Trockenmilch.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 247.

Charles E. North. The public value of different milks. (Wert der verschiedenen Milchsorten.) Med. Rec., 1913, Bd. LXXXIV, S. 924.

R. v. Ostertag. Tuberkulose und Milch. Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhyg., 1913, Bd. XXIV, S. 49, 75, 99.

Emilia Palmegiani. Ricerche sulla concentrazione del lattosio nel latte di donna. (Über die Konzentration des Milchzuckers in der Frauenmilch.) La pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 739.

Reinhardt. Die Bedeutung der Milch als Nahrungsmittel. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VI, S. 79.

A. Rosam. Eine einfache mikroskopische Beurteilung des Gehaltes der Milch an Mikroorganismen. Milchw. Zentralbl., Hannover 1913, Bd. XLII, S. 333.

William G. Savage. The administrative control of the milk supply. (Behördliche Kontrolle der Milchversorgung.) Pediatrics 1914, Bd. XXVI, S. 234.

Gustav Schmidt. Zur Kasuistik der Übertragung von Maul- und Klauenseuche des Rindes auf den Menschen durch die Milch. Berliner tierärztl. Wochenschr., 1913, Bd. XXIX, S. 749.

De Witt H. Sherman and **Harry R. Lohnes.** Practical study of goat's milk in infant feeding as compared to cow's milk. (Praktische Untersuchung über Ziegenmilch als Säuglingsnahrung im Vergleiche zur Kuhmilch.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1914, Bd. LXII, S. 1806.

L. P. Shippen. Principal types of micro-organisms in Baltimore milk. (Die wichtigsten Bakterienarten in der Milch von Baltimore.) Bull. of the Johns Hopkins Hosp., 1914, Bd. XXV, S. 122.

Fritz B. Talbot. A summary of present knowledge of human milk. (Übersicht über die gegenwärtigen Kenntnisse von der Frauenmilch.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 445.

J. Thöni. Untersuchungen über die hygienisch-bakteriologische Beschaffenheit der Berner Marktmilch mit Berücksichtigung des Vorkommens von Tuberkelbazillen. Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenkunde u. Infektionskrankh., 1914, Bd. LXXIV, S. 11.

J. Tillmans, A. Splittgerber und **H. Riffart.** Über Bestimmung und Bedeutung des Ammoniakgehaltes der Milch. Zeitschr. f. Unters. d. Nahrungs- und Genußmittel, 1914, Bd. XXVII, S. 59.

— Über die Konservierung von Milchproben zu Untersuchungszwecken. Zeitschr. f. Unters. d. Nahrungs- u. Genußmittel, Berlin 1914, Bd. XXVII, S. 893.

Titus. Cow's milk, raw and heated. (Rohe und erhitzte Kuhmilch.) Med. Record, 11. Juli 1914. Wachenheim (New York).

Utz. Über Trockenmilch mit besonderer Berücksichtigung der Bestimmung des Fettgehaltes. Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1914, Bd. XLIII, S. 113.

G. Variot et **Lorenz Monod.** Observations sur la valeur nutritive du lait cru et sur l'influence du sucre pour l'utilisation physiologique du lait cru par le nourrisson. (Beobachtungen über den Nährwert der Rohmilch und über den Einfluß des Zuckers auf die Ausnutzung der Rohmilch beim Säugling.) Ann. de méd. et chir. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 144.

Siegfried Weiß. Mitteilung der Sanitätsmilchkommission. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 155.

F. Zuckmayer. Über die Frauenmilch der ersten Laktationszeit und den Einfluß einer Kalk- und Phosphorsäurezulage auf ihre Zusammensetzung. Arch. f. d. ges. Physiol., Bonn 1914, Bd. CLVIII, S. 209.

Wachstum und Stoffwechsel.

Julius Adler. Über die Milchzuckerausscheidung bei normalen respektive nicht nierenkranken Menschen. Dissert., München 1913, S. 32.

H. Bahrdt und **F. Edelstein.** Der Energie- und Stoffwechsel eines atrophischen Säuglings. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XII, S. 15.

L. Bauer. Untersuchungen über ClNa-Stoffwechsel bei an Ernährungskrankheiten leidenden (künstlich genährten) Säuglingen. Pester med.-chir. Presse, 1913, Bd. XLIX, S. 387, 395, und 402.

W. Boldyreff. The self-regulation of the acidity of the gastric contents and the real acidity of the gastric juice. (Über die Selbstregulation der Azidität des Mageninhaltes und die wahre Azidität des Magensaftes.) Quart. Journ. of exper. Physiol., 1914, Bd. VIII, S. 1.

J. W. Brittlebank. The control of the milk supply from the point of view of the veterinary inspector. (Kontrolle der Milchversorgung vom Standpunkte des Veterinärinspektors.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 240.

Thomas C. Mc. Cleave. Acute acid intoxication in children. (Akute Azidosis bei Kindern.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 1764.

W. B. Mc. Clure und **Ph. S. Chancellor.** Über die diastatische Wirkung des Kinderharns. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 483.

G. di Cristina. Modificazioni del ricambio respiratorio sotto l' influenza dell' elioterapia. (Änderungen des Respirationsstoffwechsels unter dem Einfluß der Heliotherapie.) La pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 641.

H. Dorlencourt et **M. Delort.** Rôle de la substance minérale dans la nutrition normale et pathologique du nourrisson. (Bedeutung der Mineralsubstanzen in der normalen und pathologischen Ernährung des Säuglings.) Le nourrisson, 1914, Bd. II, S. 217.

E. Eisner. Zur Kenntnis der Bedeutung des Neutralschwefels beim Säugling mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungstechnik. Dissert., Erlangen 1913.

Rudolf Emmerich und **Oskar Loew.** Über Kalkmangel in der menschlichen Nahrung. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1914, Bd. LXXVII, S. 311.

A. Filia. Sul centenuto in colesterina del sangue di bambini. Bambini allevati al seno ed artificialmente. Latte di donna e di vacca. Nota 1. (Über den Cholesteringehalt des Blutes natürlich und künstlich genährter Säuglinge. Frauen- und Kuhmilch.) Riv. di clin. pediatrica, 1914, Bd. XII, S. 339.

Kurt Frank und **Albert Niemann.** Über den Einfluß veränderter Nahrung auf die Kohlensäureproduktion des Säuglings. Charité Ann., 1913, Bd. XXXVII, S. 94.

Theodor Franz und **A. v. Reuss.** Beiträge zur Kenntnis des Harnes der ersten Lebenstage. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 193.

Hermann Freund. Über Kochsalzfieber und Wasserfehler. Arch. f. exper. Pathol., Leipzig 1913, Bd. LXXIV, S. 211.

Hans Friedenthal. Bewußte Beeinflussung des menschlichen Wachstums. Umschau, Frankfurt a. M. 1914, Bd. XVIII, S. 43.

Casimir Funk. Studies on growth; the influence of diet on growth, normal and malignant. (Untersuchungen über das Wachstum; Einfluß der Kost auf normales und malignes Wachstum.) Lancet, 1914, Bd. I, S. 98.

— Studien über das Wachstum. 1. Mitteil. Das Wachstum auf vitaminhaltiger und vitaminfreier Nahrung. Hoppe-Seylers, Zeitschr. f. physiol. Chem., Straßburg 1913, Bd. LXXXVIII, S. 352.

Paolo Galli. La pollachiuria in alcuni stati morbosi e la sua patogenesi. (Pollakiurie bei gewissen Krankheitszuständen und ihre Pathogenese.) Gazz. degli osp. e delle clin., 1913, Nr. 55.

Gaulier. Elimination du salicylate de sonde chez l'enfant. (Die Ausscheidung des salizylsauren Natrons beim Kind.) Thèse, Paris 1913.

H. Gillet. La croissance. (Das Wachstum.) Méd. scolaire, 1914, Bd. VII, S. 97 und 157.

J. C. Gittings. The caloric value of the diets of sick infants. (Kalorienwert der Diät kranker Säuglinge.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 696.

Paul Godin. Une série de lois de croissance basées sur deux mille observations d'enfants, trois cent mille mesures et cent mille notations. (1891—1893—1914.) (Eine Serie von Wachstumsgesetzen, gegründet auf 2000 Beobachtungen an Kindern, 300.000 Messungen und 100.000 Notizen.) Cpt. rend. hebdom. des séances de l'acad. des scienc., 1914, Bd. CLIX, S. 99.

M. Gromski. Über die Urobilinausscheidung bei Scharlach. Przeglad pedyatryczny, 1913, Bd. V, S. 338.

Paul Grosser. Stoffwechselprobleme der Rachitis. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 577.

B. Grünfelder. Die Beeinflussung der Magensaftsekretion durch Infektion und deren Folgen auf die Magendarmstörungen des Säuglings. Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Therap., 1914, Bd. XVI, S. 141.

O. Heubner. Eine Diskussionsbemerkung zur Lehre vom Kraftbedarf des Säuglings. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI. S. 81.

Wolfgang Heubner. Über Kochsalzfieber und Wasserfehler. Bemerkungen zu der Mitteilung von Hermann Freund. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol., 1914, Bd. LXXV, S. 435.

Knox jr., J. H. Mason and **Martha Tracy.** A contribution of our knowledge of the excretion of phosphates in infancy. (Beitrag zur Kenntnis der Ausscheidung von Phosphaten im Säuglingsalter.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 409.

E. Lambling et **A. Boulois.** Sur l'acétonurie du jeune chez les enfants. (Über die Hungerazetonurie im Kindesalter.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol., 1914, Bd. LXXVII, S. 133.

Erich Landsberg. Eiweiß- und Mineralstoffwechseluntersuchungen bei der schwangeren Frau nebst Tierversuchen mit besonderer Berücksichtigung der Funktion endokriner Drüsen. Ein Versuch einer Darstellung der Stoffwechselveränderungen in der Gravidität auf allgemein biologischer Basis. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1914, Bd. LXXVI, S. 53.

Richard Lederer. Exsudative Diathese und Wasserstoffwechsel. Zeitschr. f. angew. Anat. u. Konstitutionslehre, 1914, Bd. I, S. 298.

Alfred Lindemann. Zur Frage der Stoffwechselerkrankungen. Mitteil. 1. Purinstoffwechseluntersuchungen bei Gicht, Erythema nodosum, Purpura haemorrhagica (Quinkeschem Ödem), Psoriasis, Asthma bronchiale, Colitis membranacea. Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Therap., 1914, Bd. XV, S. 409.

E. Lövegren. Experimentelle Beiträge zur Kenntnis des alimentären Fiebers. Finsk. Läkarsällsk. Handling, 1914, Bd. LVI, S. 385.

F. Luna. Sulla prova della fermentazione fecale applicata alla pratica nell' infanzia. La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 910.

Franz Lust. Die Bedeutung des Kalkes für den wachsenden Organismus. Med. Klinik, Berlin 1914, Bd. X, S. 316.

A. A. Makower. Untersuchungen über Wachstum. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., Leipzig 1914, Bd. XXVII, S. 97.

A. B. Marfan, H. Dorlencourt und **Fr. Saint-Girons.** Les pertes minérales par les selles chez un nourrisson athrepsique. (Mineralstoffverluste durch den Stuhl bei einem Säugling mit Athrepsie.) Le Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 1.

Malcom Yeaman Marshall. The theories of acidosis and acidosis in children. (Die Theorien über Azidosis, insbesondere bei Kindern.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 121.

M. Masslow. Über die biologische Bedeutung des Phosphors für den wachsenden Organismus. 1. Untersuchungen über den Einfluß des Phosphors auf die Entwicklung von Tieren und auf den Phosphor- und Stickstoffumsatz. Biochem. Zeitschr., Berlin 1913, Bd. LV, S. 62.

— Über die biologische Bedeutung des Phosphors für den wachsenden Organismus. 2. Untersuchung der Organe auf ihren Gehalt an Phosphor und intrazellularen Fermenten. Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LVI, S. 174.

— Zur Frage nach den Zerrüttungen des Knochensystems durch phosphorarme Ernährung. 3. Mitteil. Biochem. Zeitschr., 1914, Bd. LXIV, S. 106.

Lafayette B. Mendel. Viewpoints in the study of growth. (Gesichtspunkte für das Studium des Wachstums.) Biochem. Bull., 1914, Bd. III, S. 156.

J. R. Murlin and **B. R. Hoobler.** The energy metabolism of normal and marasmic children with special reference to the specific gravity of the child's body. (Der energetische Stoffwechsel normaler und atro-

phischer Kinder mit spezieller Berücksichtigung des spezifischen Gewichtes des kindlichen Körpers.) Proc. of the Soc. of exper. Biol. and Med., 1914, Bd. XI, S. 115.

Mursehhauser. The fasting metabolism of infants. (Hungerstoffwechsel der Säuglinge.) Boston Med. and Surg, Journ., 30. Juli 1914.
Wachenheim (New York.)

Vitangelo Nalli. Contributo allo studio dell' acidità urinaria organica nei bambini, ricerche di chimica clinica. (Beitrag zur Lehre von den organischen Säuren im Säuglingsharn. Klinisch-chemische Untersuchungen.) Gazz. intern. di med.-chirurg. ig., 1914, S. 176.

Nobécourt et **Ch. Bidot.** Azotémie et cendres des matières fécales chez les athrepsiques. (Azotämie und Aschengehalt der Fäzes bei Athrepsie.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, Bd. XVI, S. 298

Thomas B. Osborne and **Lafayette B. Mendel.** The suppression of growth and the capacity to grow. With the co-operation of Edna L. Ferry and Alfred J. Wakeman. (Die Hemmung des Wachstums und die Wachstumsfähigkeit. Mit Unterstützung von Edna L. Ferry und Alfred J. Wakeman.) Journ. of biol. Chem., 1914, Bd. XVIII, S. 95.

— The relation of growth to the chemical constituents of the diet. With the co-operation of Edna L. Ferry and Alfred J. Wakeman. (Die Bedeutung der chemischen Zusammensetzung der Nahrung für das Wachstum.) Journ. of biol. Chem., 1913, Bd. XV, S. 311.

— Amino-acids in nutrition and growth. (With the co-operation of Edna L. Ferry and Alfred J. Wakeman.) (Aminosäuren in der Ernährung und Wachstum.) Journ. of biol. Chem., 1914, Bd. XVII, S. 325.

— The influence of cod liver oil and some other fats an growth. (With the co-operation of Edna L. Ferry and Alfred Wakeman.) (Der Einfluß von Lebertran und einigen anderen Fetten auf das Wachstum.) Journ. of biol. Chem., 1914, Bd. XVII, S. 401.

K. N. Rabinovitch. Contribution à l'étude de l'azote amino-acide dans le sang de la mère et du nouveau-né. (Observations sur des sujets humains.) (Beitrag zum Studium des Aminosäure-N im Blute von Mutter und Kind.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la Soc. de biol., 1914, Bd. LXXVI, S. 457.

Karl Retzlaff. Neuere Arbeiten über den Blutzucker. Sammelreferat. Med. Klinik, Berlin 1914, Bd. X, S. 816.

A. v. Reuss. Schleimkonkretionen im Mekonium. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XII, S. 212.

A. v. Reuss und **M. Zarfl.** Chronische Laktosurie bei einem darmgesunden, ausgetragenen, aber konstitutionell minderwertigen Brustkind. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 3.

Rietschel, Heidenhain und **Ewers.** Über Fieber nach Kochsalzinfusionen bei Säuglingen. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 648.

S. Samelson. Über den Energiebedarf des Säuglings in den ersten Lebensmonaten. Habilitationsschrift, Straßburg 1913.

— Erwiderung auf O. Heubner. Eine Diskussionsbemerkung zur Lehre vom Kraftbedarf des Säuglings. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 86.

I. A. Schabad. Der Stoffwechsel bei angeborener Knochenbrüchigkeit (Osteogenesis imperfecta.) Auf Grund der gemeinsam mit R. F. Sorochowitsch ausgeführten Stoffwechseluntersuchungen. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 230.

Ernst Schloss und **Leonhard Frank.** Trikalziumphosphat als Knochenbildner beim menschlichen Säugling. Biochem. Zeitschr., Berlin 1914, Bd. LX, S. 378.

Artur Schlossmann und **Hans Murschhauser.** Der Stoffwechsel des Säuglings im Hunger. Mitteil. 2. Biochem. Zeitschr., 1914, Bd. LVIII, S. 483.

Rudolf Schmidt. Weitere Untersuchungen über Fermente im Darminhalt (Mekonium) und Mageninhalt menschlicher Föten und Neugeborener. Dissert., München 1914, S. 20.

— Weitere Untersuchungen über Fermente im Darminhalt menschlicher Föten und Neugeborener. Biochem. Zeitschr., Berlin 1914, Bd. LXIII, S. 287.

Fritz Schwyzer. Azidose und Anstrengung. Biochem. Zeitschr., 1914, Bd. LX, S. 310.

Sherman and **Johnes.** The effect of sugars on the gastric secretions in infants. (Einfluß des Zuckers auf die Magensekretion des Säuglings.) Arch. of Pediatrics, Oktober 1914. Malz wirkt 2mal so stark wie Rohr- und Milchzucker, die unter sich wenig Unterschied bieten. Wachenheim (New York).

Francesco Strina. Il reperto della reazione allo iodio nelle feci della prima età e sua importanza clinica. (Jodophile Bazillen im Säuglingsstuhl und ihre klinische Bedeutung.) Riv. di clin. pediatrica, 1914, Bd. XII, S. 321.

Strong. Clinical significance of ammoniacal urine in infants and young children. (Bedeutung der Ammoniurie bei kleinen Kindern.) Mississippi Med. Monthly, Juli 1914. Wachenheim (New York).

— Unusual case of a congenital defect: absence of the eyeballs. (Fall von Anophthalmus bilateralis.) Amer. Journ. of Obstetr., Juni 1914. Wachenheim (New York).

Variot et **Fliniaux.** Tables de croissance des nourrissons élevés au sein et au biberon. (Wachstumstafeln natürlich und künstlich ernährter Säuglinge.) Acad. des scienc., 11. Mai 1914, Paris.

— Tables des croissances comparées des nourrissons élevés au sein et au biberon, durant la première année de la vie. La clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 289.

E. Weill et **A. Dufourt.** Sur les réactions des selles des nourrissons à l'état normal et dans les dyspepsies d'origine alimentaire. (Über die Reaktion der Stühle von gesunden und alimentär dyspeptischen Säuglingen. Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 65.

Carleton Ira Wood. The significance of the mineral salts in the digestive disturbances of infants. (Die Bedeutung der Mineralsalze bei den Magendarmstörungen der Kinder.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 259.

Werner Wundt. Versuche über Wasserdiurese und Kochsalzausschwemmung aus dem Körper. Dissert., Freiburg i. Br. 1913.

Fötus und Embryo.

Paul Bernstein, Untersuchungen über das Vorkommen von Bruchanlagen bei Föten und jungen Kindern. Arch. f. klin. Chir., Berlin 1914, Bd. CIII, S. 672.

Croizier. Contribution à l'étude de l'œdème généralisé du fœtus. (Fötale Wassersucht.) Thèse de Lyon, 1913.

H. Kelffer. De la sensibilité de fœtus aux émotions maternelles. (Die Sensibilität des Fötus bei Erregungszuständen der Mutter.) Ann. et Bull. de la Soc. roy. des scienc. méd. et natur. de Bruxelles, 1913, Bd. LXXI, S. 169.

Georg Link. Über Hydrops congenitus bei fötaler Thrombose. Beitr. z. pathol. Anat., Jena 1914, Bd. LIX, S. 371.

Hermann Rautmann. Über Blutbildung bei fötaler allgemeiner Wassersucht. Dissert., Freiburg i. Br. 1913.

Max Erich Richter. Zur Geschichte der Pathologie des tierischen Fötus (unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Geschichte der tierärztlichen Geburtskunde im Altertum.) Dissert., Leipzig 1913.

H. Rinne. Über das Verhalten der Blutelemente beim Fötus. Dissert., Göttingen 1913.
Hermann Triepel. Altersbestimmung bei menschlichen Embryonen. Anat. Anz., Jena 1914, Bd. XLVI, S. 385.
Bruno Wolff. Über fötale Hormone. Habilitationsschrift, Rostock 1913.

Neugeborene.

M. Benecke. Die Bedeutung einzelner Merkmale zur Altersbestimmung des neugeborenen Kindes. Dissert., Leipzig 1913.
Georg Benestad. Die Gewichtsverhältnisse reifer norwegischer Neugeborener in den ersten 12 Tagen nach der Geburt. Arch. f. Gynäkol., Berlin 1913, Bd. CI, S. 292.
Josef Bondi. Zu Pellers Erwiderung. Das Gewicht des Neugeborenen nach dem Ernährungszustande usw. Wiener klin. Wochenschr. 1914, Bd. XXVII, S. 757.
A. Bonnet-Laborderie. Hémorragies gastro-intestinales chez deux nouveau-nés ayant absorbé du lait de la même femme. (Gastrointestinale Hämorrhagien bei zwei Neugeborenen nach Genuß von Milch ein und derselben Frau.) Rev. mens. de gynécol. d'obstrét. et de péd., 1913, Bd. VIII, S. 744.
Ida Bosman-de Kat Angelino und **Margot A. J. Sannes-Sannes.** Untersuchungen über das Schicksal von 740 Kindern mit einem Geburtsgewichte von weniger als 300 g. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, Berlin 1913, Bd. V, S. 243.
Artur Brauer. Das Gewichtsverhalten Neugeborener bei Rind, Schaf, Ziege und Schwein. Dissert., Leipzig 1913.
Chevalier. Fracture obstétricale du frontal chez un nouveau-né; relèvement sanglant immédiat: guérison. Soc. des scienc. méd. de Saint-Etienne. 1. Oktober 1913.
Henry D. Fry. Demonstration of the infant pulmotor with remarks on its use in the treatment of asphyxia neonatorum. (Demonstration des „Infant pulmotor" mit Bemerkungen über seine Anwendung bei der Asphyxie der Neugeborenen.) Transact. of the Amer. Gynecol. Soc., 1913, Bd. XXXVIII, S. 57.
Walter Gfroerer. Zum Einfluß der Schädelimpression auf den Neugeborenen und seine körperliche und geistige Entwicklung. Zeitschr. f. Geburtsh., Stuttgart 1913, Bd. LXXV, S. 101.
J. Goldmann. Über die Todesursachen der unter der Geburt gestorbenen Kinder. Dissert., Heidelberg 1913.
A. G. Mc Gowan. Haemorrhage in the new-born. (Blutung beim Neugeborenen.) Australian Med. Journ., 1913, Bd. II, S. 128.
O. Grönė. Epidurales Hämatom im Rückenmarkskanal bei Neugeborenen. Zentralbl. f. Gynäkol., Leipzig 1913, Bd. XXXVII, S. 1849.
W. L. Hellseid. Über universellen Hydrops bei Neugeborenen. Dissert., München 1913.
Hintzy. Contribution à l'étude des lésions traumatiques de l'orbite chez le nouveau-né au cours de l'accouchement. (Zu den traumatischen Geburtsläsionen der Orbita beim Neugeborenen.) Thèse de Paris 1913.
Frida Kalmanowitsch. Schwere Veränderungen der Extremitäten eines Neugeborenen als Folge der Geburt bei Uterus bicornis unicollis. Gynäkol. Rundsch., Berlin 1913, Bd. VII, S. 512.
Refoil Kaznelson. Klinische Untersuchungen über Asymmetrie des Schädels bei Neugeborenen. Dissert., München 1914.
Moissei Liebermann. Die Geburtsverletzungen der Kinder. Dissert., Berlin 1914.
Aldo Lorenzini. Di un nuovo caso di zaffo mucoso del retto in una neonata. (Über einen neuen Fall von Schleimpfropf des Rektums bei einer Neugeborenen.) Riv. di clin. pediatrica, 1914, Bd. XII, S. 401.

Lusseau. Contribution à l'étude générale du melaena vera des nouveau-nés et notammant de sa pathogénie et de son traitement. (Zur allgemeinen Kenntnis der Melaena vera der Neugeborenen, besonders ihre Pathogenese und Therapie.) Thèse, Paris 1913.

W. P. Manton. Asphyxia neonatorum and its sequelae. (Die Asphyxie der Neugeborenen und ihre Folgen.) New York State Journ. of Med., 1914, Bd. XIV, S. 302.

Alfredo Niceforo. Sulla variabilità del peso dei neonati secondo l'ordine di nascita con un cenno su qualche metodo per il calcolo della variabilità. (Die Veränderlichkeit des Gewichtes der Neugeborenen nach der Zahl der Geburten, mit Angabe einer Methode zur Berechnung dieser Veränderlichkeit.) Riv. di antropol., 1913, Bd. XVIII, S. 337.

Sigismund Peller. Das Gewicht der Neugeborenen nach der sozialen Lage und dem Ernährungszustande der Mutter. Wiener klin. Wochenschr., 1914, Bd. XXVII, S. 327.

Cl. Frh. v. Pirquet. Über den Zusammenhang von Länge und Gewicht bei neugeborenen Kindern. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 221.

R. Pott. Über Tentoriumzerreißungen in der Geburt. Dissert., Halle 1913.

Robt. La Rue. Heart massage as an aid to resuscitation of still-born infants. (Die Herzmassage als Heilmittel zur Wiederbelebung scheintot geborener Kinder.) Pedriatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 126.

C. Sakaki. Über die Behandlung des Scheintodes bei Neugeborenen. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S, 704.

Gg. Schütt. Über die Temperaturverhältnisse bei Neugeborenen. Dissert., Gießen 1913.

Richard Schute. Nabelschnurbruch bei Neugeborenen. Dissert., Bonn 1914.

Karl Stamm. Zur Melaena neonatorum. Kinderarzt, Leipzig 1914, Bd. XXV, S. 145.

Walcher jun. In der Schwangerschaft konfigurierte Schädel bei engem Becken. Zentralbl. f. Gynäkol., Leipzig 1914, Bd. XXXVIII, S. 798.

Wallich. Mortalité infantile pendant le premier mois de la vie. (Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensmonat.) Rev. prat. d'obstétr. et de péd., 1913, Bd. XXVI, S. 257.

Konstitution und Diathesen.

Viktor Baar. Ein Beitrag zur Diagnose der Konstitution. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 503.

J. Bartel. Über die Bedeutung konstitutioneller Momente. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 1785.

E. v. Behring. Disposition und Diathese. Hamburger med. Überseeh., 1914, Bd. I, S. 2.

M. Boekhorn. Die exsudativ-lymphatische Diathese und die Prophylaxe in der Tuberkulosebekämpfung. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 960.

W. G. Mc Callum and **Karl M. Vogel.** Further experimental studies in tetany. (Weitere experimentelle Untersuchungen über Tetanie.) Journ. of exper. Med., 1913, Bd. XVIII, S. 618.

Hector Charles Cameron. On diathesis in infancy: a plea for its closer study. (Über Diathesen im Säuglingsalter; ein Hinweis auf die Notwendigkeit ihres genaueren Studiums.) Brit. Med. Journ., 1914, Nr. 2793, S. 53.

Mlle. Rose Cyclinare. Contribution à l'étude de la tétanie chez les enfants. Genève, Soc. genevoise d'éditions et d'impressions, 1913; Inaug.-Dissert., Genf. Thèse méd. 1912/13.

Adalbert Czerny. Die Bedeutung der Konstitution für die Klinik der kindlichen Infektionskrankheiten. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., Jena 1913, Bd. X, S. 737.

E. Emrys-Roberts. Status lymphaticus. Journ. of Pathol. and Bacteriol., 1914, Bd. XVIII, S. 513.

Ernst Freudenberg und **Ludwig Kloeman.** Untersuchungen zum Spasmophilieproblem. Mitteil. 2. Jahrb. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXXIX, S. 700.

Paul Heim. Über hypertonische Neugeborene und Säuglinge. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 1167.

C. G. Leo-Wolf. Spasmophilia. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 631.

Wilhelm Liepmann. Eklampsie und Anaphylaxie. Eine kritische Studie. Gynäkol. Rundschau, Berlin 1913, Bd. VII, S. 55.

Friedrich Martius. Konstitution und Vererbung in ihren Beziehungen zur Pathologie. Enzyklopädie der klinischen Medizin. Berlin, Springer, 1914.

Kurt Morgenstern. Elektrokardiographische Untersuchungen über die Beziehungen des Herzmuskels zur Spasmophilie (Tetanie) im frühen Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 304.

Charles M'Neil. The association of acutely fatal illness in infants and children with abnormal constitution (status lymphaticus). (Die Vereinigung akut letaler Erkrankung bei Säuglingen und älteren Kindern mit abnormaler Konstitution [Status lymphaticus]). Edinburgh Med. Journ., 1914, Bd. XII, S. 25.

H. Pässler. Sind die sogenannten Diathesen Konstitutionsanomalien? Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2604.

A. F. Plieque. Le traitement de l'arthritisme. (Die Behandlung des Arthritismus.) Bull. med., 1914, Bd. XXVIII, S. 281.

Reicher. Über das Wesen der Konstitution im Lichte neuerer Stoffwechseluntersuchungen. Kongr. f. inn. Med., Wiesbaden 1914.

Heinrich Reye. Spasmophilia. A partial review of the literature. Arch. of Pediatrics, September 1914, Bd. XXXI, S. 664. Eine Übersicht von über 70 Beiträgen aus der Literatur.
Wachenheim (New York).

J. Rosenstern. Über spasmophile Diathese. Sammelreferat über die in den Jahren 1908—1913 erschienenen Arbeiten. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1914, Bd. X, S. 1.

B. Sperk. Über das schwache Kind. Wiener klin. Wochenschr., 1914, Bd. XXVII, S. 169.

— Über das schwache Kind. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 40.

Erich Stoerk. Zur Klinik des Lymphatismus und anderer Konstitutionsanomalien nebst Untersuchungen über Konstitution und Militärdiensttauglichkeit, gemeinschaftlich bearbeitet mit Otto Horak, Wien 1913.

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

Einar Aaser. Eine Poliomyelitisepidemie im Frühjahr 1912 in Lindaas, Norwegen. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 246.

S. Abromow. Über die Veränderungen der Hypophyse bei der experimentellen Diphtherie. Arch. f. pathol. Anat., Berlin 1913, Bd. CCXIV, S. 408.

L. W. Akssjonow. Versuche, den Scharlach mit Salvarsan zu behandeln. Wratschebnaja Gazeta 1913, S. 1365.

Franceseo Alabrese. Osservazioni cliniche su di una epidemia di scarlatina. (Klinische Beobachtungen bei einer Scharlachepidemie.) Gazz. intern. di med.-chir. ig., 1913, S. 1212.

R. G. Archibald. Emetine treatment of dysentery in young children. (Emetinbehandlung der Dysenterie bei jungen Kindern.) Journ. of trop. Med. and Hyg., 1914, Bd. XVII, S. 161.

E. Ausset et **M. Breton.** Recherche de la bacillémie tuberculeuse au cours de la typho-bacillose de l'enfance. (Forschung über tuberkulöse Bazillämie im Verlaufe der Typhobazillose des Kindesalters.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la Soc. de biol., 1914, Bd. LXXVI, S. 70.

Azéma. Méningite cerebro-spinale à forme ambulatoire chez un jeune enfant. (Ambulante Zerebrospinalmeningitis bei einem jungen Kinde.) Toulouse méd., 1913, Bd. XV, S. 348.

— Un nouveau cas de méningite cérébro-spinale chez un nourrisson. (Ein neuer Fall von Zerebrospinalmeningitis bei einem Säugling.) Toulouse méd., 1913, Bd. XV, S. 353.

Josef Bachauer. Diphtheriebekämpfung in den Volksschulen Augsburgs. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 603. 693.

Adolf Baginsky. Zur Kenntnis der nephritischen Herzanomalien bei Scharlach und ihre Behandlung. Vortrag. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1929.

Bailly. Les oblitérations des artères des membres au cours de la diphtérie. (Obliteration der Arterien der Extremitäten im Verlaufe von Diphtherie.) Thèse de Paris, 1913, S. 81.

Barbier et **Aine.** Statistique de la diphtérie à l'hôpital Hérold en 1911 et 1912. (Diphtheriestatistik des Hospitals Hérold in den Jahren 1911 und 1912.) Soc. méd. des hôp. des Paris, 17. Jänner 1914.

— Statistique du service de la diphthérie à l'hôpital Hérold en 1911 et 1912. (Diphtheriestatistik des Hospitals Hérold für 1911 und 1912.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris. 1914, Bd. XXX, S. 54.

W. M. Schirmer Barker. The use of blood serum of immunes in the treatment of malignant scarlatina. (Anwendung des Blutserums immuner Individuen bei malignem Scharlach.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 599.

Barton, Postdiphtheritic paralysis. New York Med. Journ., 3. Oktober 1914. Wachenheim (New York).

Murray H. Bass. Congenital malaria. Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 251.

F. E. Batten. Unusual manifestations of poliomyelitis. (Ungewöhnliche Manifestationen der Poliomyelitis.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1914, Bd. XI, S. 97.

J. Bauer. Über die Prophylaxe der Diphtherie nach v. Behring. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 582.

Becker. The treatment of scarlet fever. (Behandlung des Scharlachs.) New York Med. Journ., 1. August 1914.
Wachenheim (New York).

Sanel Beer. Über Papaverinbehandlung der Pertussis. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 169.

E. v. Behring und **Richard Hagemann.** Über das Diphtherieschutzmittel „TA". 1. Aufgaben und Leistungen meines neuen Diphtherieschutzmittels von E. v. Behring. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 917.

— Über das Diphtherieschutzmittel „TA". 2. Über v. Behrings neues Diphtherieschutzmittel von Richard Hagemann. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 919.

G. Berghinz. Paralisi postdifteriche e sieroterapia. (Postdiphtherische Lähmungen und Serotherapie.) Boll. d. clin., 1914, Bd. XXXI, S. 29.

Julius Bergmann. Über den Verlauf von Masern, welche während einer Scharlacherkrankung auftraten. (Mit 9 Figuren im Text.) Zürich, Fritz Amberger, 1913, Inaug.-Dissert., Zürich.

Mathilde de Biehler. Maladie de Heine-Medin; considérations relatives à l'épidémie de 1911 en Pologne. (Poliomyelitis anterior acuta-Epidemie von 1911 in Polen.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 1.

Kurt Blühdorn. Über Paratyphus im Säuglingsalter. Zur Arbeit von Breuning in Nr. 19 der Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 1343.

Bobillier. La dysenterie amibienne du tout petit enfant, avec un résumé de l'état de la question des amibes et du traitment par l'émétine. (Amöbendysenterie beim ganz kleinen Kind mit einer Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Amöbenfrage und der Emetinbehandlung.) Thèse de Paris, 1913.

Z. v. Bokay. Über eine besondere Form der Alveolardiphtherie bei Säuglingen. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 191.

Otto v. Boltenstern. Die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach, ihre Behandlung und ihr Wesen. Deutscher Ärztetag. Berlin 1913, S. 257, 273 und 290.

Wilhelm Braun. Weiterer Beitrag zur Frage der Diphtheriebekämpfung und Diphtherieprophylaxe. Deutsche med. Wochenschr., Leipzig 1914, Bd. XL, S. 1166.

Brennemann. Rheumatism in children. (Rheumatismus bei Kindern.) Illinois Med. Journ., Juli 1914. Wachenheim (New York).

Fritz Breuning. Über Paratyphus bei Kindern in München. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 1050.

J. Brudzinski. Die Scharlachbehandlung mittels Antistreptokokkenserums. Gazeta lekarska, 1914, Bd. XLIX, S. 1.

Busson, Kirschbaum und **Stanick.** Über einen Befund von Diplococcus lanceolatus in Pemphigusblasen. Wiener klin. Wochenschr., 1914, Bd. XXVII, S. 462.

Wilhelm Buttermilch. Die klinische Bewertung der Bakterientypen bei Nasendiphtherie der Säuglinge. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 596.

Z. Bychowski. Die Heine-Medinsche Krankheit (Poliomyelitis anterior acuta). Beobachtungen und Erfahrungen im letzten Jahre. Ergebn. d. Neurol., Jena 1914, Bd. II, S. 273.

G. Caronia. Spezifische Agglutinine und Präzipitine bei der infantilen Leishmaniosis. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exper. Therap., 1913, Bd. XX, S. 174.

— Sulla presenza di speciali anticorpi nel diero di sangue di bambini scarlattinosi. (Über das Vorhandensein besonderer Antikörper in dem Blutserum scharlachkranker Kinder.) Pathologica, 1914, Bd. VI, S. 97.

— Fieberkurven bei der kindlichen Leishmaniosis. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1914, Bd. CXIII, S. 354.

Carrieu. Epidémie de rougeole observée pendant l'hiver 1914. (Masernepidemie während des Winters 1914.) Montpellier med., 1914, Bd. XXXVII, S. 577.

Norman C. Carver. An epidemic resembling whooping-cough. (Eine keuchhustenähnliche Epidemie.) Brit. Med. Journ., 1914, Nr. 2779, S. 760.

Julius Cassel. Beitrag zur Heine-Medinschen Krankheit. (Poliomyelitis und Polioencephalitis acuta epidemica.) Deutsche med. Wochenschr., Leipzig 1913, Bd. XXXIX, S. 2507.

Francesco La Cava. Un caso di Leishmaniosi interna (Kala-Azar) in una giovinetta di 14 anni. (Ein Fall von Leishmaniosis interna (Kala-Azar) bei einem 14jährigen Mädchen.) Pathologica, 1914, Bd. VI, S. 151.

Chapin. A clinical study of typhoid fever in children. (Abdominaltyphus bei Kindern.) Amer. Journ. Dis. Child., August 1914. Wachenheim (New York).

Walter F. Chappell and **Alan Brown.** Respiratory infections in infants' wards. (Infektionen der Atmungswege auf Säuglingsstationen.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 380.

E. Chasseray. Syndrome myocarditique et insuffisance surrénale au cours de la fièvre typhoide chez l'enfant. (Myokarditisches Syndrom

und Nebenniereninsuffizienz im Verlauf des Typhus beim Kinde.) Thèse de Paris, 1913, Nr. 264.

Paul F. Clark, Francis R. Fraser and **Harold L. Amoss.** The relation to the blood of the virus of epidemic poliomyelitis. (Die Beziehungen des Virus der epidemischen Poliomyelitis zum Blut.) Journ. of exper. Med., 1914, Bd. XIX, S. 223.

Clément, Rouèche et **Sorel.** Deux nouveaux cas de réiterations de scarlatine. (Zwei neue Fälle von Wiederholung des Scharlachs.) Journ. de méd. de Paris, 10. Mai 1913, Nr. 19, S. 389.

Cody. Middle ear complications of measles in immigrant children. (Mittelohrkomplikationen der Masern bei den Kindern Eingewanderter.) Amer. Journ. of Dis. of Child., August 1914.
Wachenheim (New York).

Jules Comby. Vaccinothérapie de la fièvre typhoide chez les enfants. (Vakzinebehandlung des Typhus im Kindesalter.) Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 664.

L. Concetti. Un caso di malaria congenita. La propaganda antimalarica, 1912, Nr. 4.

John Mc Crae. The incidence of nephritis after scarlet fever. (Das Vorkommen von Nephritis nach Scharlach.) Transact. of the Assoc. of Amer. Physical., 1913, Bd. XXVIII, S. 194.

John Marshall Day. Return cases of scarlatina. („Heimkehrfälle" von Scharlach.) Transact. of the Roy. Acad. of Med. in Ireland. 1913, Bd. XXXI, S. 468.

H. Deist. Bazillenträger bei Diphtherie. Beitr. f. Infektionskrankh., Würzburg, 1914, Bd. II, S. 519.

Albert Delcourt. Deux cas d'emphysème sous-cutané au cours de la rougeole. Traitement par les inhalations abondantes d'oxygène. Guérison. (Zwei Fälle von Hautemphysem bei Masern, Behandlung mit Sauerstoffinhalationen.) Pathol. infant., 1914, Bd. XI, S. 1.

Maurice Delort und **Jacques Stiassnie.** Deux cas de méningite cérébrospinale traités et guéris par le sérum anti-paraméningococcique après échec du sérum antiméningococcique. (Zwei Fälle von Zerebrospinalmeningitis; Heilung durch Antiparameningokokkenserum nach Versagen des Antimeningokokkenserum.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie, de Paris 1914, S. 270.

Paolo Desderi. Una nuova epidemia di dissenteria bacillare in Piemonte. (Eine neue Epidemie von bazillärer Dysenterie in Piemont.) Pathologica, 1914, Bd. VI, S. 99.

M. Deussen. Beitrag zur Epidemiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung mit besonderer Berücksichtigung der rheinisch-westfälischen Epidemie 1909. Dissert., Bonn 1913.

— Beitrag zur Epidemiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung mit besonderer Berücksichtigung der rheinisch-westfälischen Epidemie 1909. Beitr. f. Infektionskrankh., Würzburg 1913, Bd. II, S. 1.

Dick and **Henry.** Anaerobic cultures in scarlet fever. (Anärobische Kulturen bei Scharlachfieber.) Journ. Infect. Dis., Juli 1914.
Wachenheim (New York).

Ernst G. Dresel und **Fritz Marchand.** Bakteriologische und klinische Beobachtungen bei Ruhrinfektionen. Zeitschr. f. Hyg., Leipzig 1914, Bd. LXXVI, S. 321.

Georges L. Dreyfus und **Johannes Schürer.** Beitrag zur Frage der Pathogenese und Therapie der postdiphtherischen Polyneuritis. Med. Klinik, Berlin 1914, Bd. X, S. 970.

Phebe L. Dubois, Josephine B. Neal and **A. Zingher.** Experimental studies in poliomyelitis. (Experimentelle Poliomyelitisstudien.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1914, Bd. LXII, S. 19.

A. Dutoit. Klinische Besonderheiten des Typhus abdominalis im Kindesalter. Kinderarzt, Leipzig 1914, Bd. XXV, S. 8.

Eastman. Poliomyelitis. Vermont Med. Monthly, August 1914.
Wachenheim (New York).

Hermann Elchhorst. Scharlach und Erythema nodosum. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 1045.

H. Eschbach. Noma buccal consécutif à une rougeole, guéri par des applications locales de salvarsan. (Noma der Wange im Anschluß an Masern, geheilt durch lokale Anwendung von Salvarsan.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXX, S. 813. La clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 293.

E. Feer. Über das Wesen und über die Infektionsverhältnisse des Keuchhustens. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 837.

Finke. The treatment of pertussis. (Behandlung des Keuchhustens.) New Jersey State Med. Assoc. Journ., August 1914.
Wachenheim (New York).

Simon Flexner. Contributions to the epidemiology and pathology of poliomyelitis. (Beiträge zur Epidemiologie und Pathologie der Poliomyelitis.) Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 506.

Simon Flexner and **Harold L. Amoss.** Penetration of the virus of poliomyelitis from the blood into the cerebrospinal fluid. (Eindringen des Poliomyelitisvirus aus dem Blut in die Zerebrospinalflüssigkeit.) Journ. of exper. Med., 1914, Bd. XIX, S. 411.

Emil Flusser. Beitrag zur Klinik der grippenartigen Erkrankungen des Säuglings. Prager med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 675.

Vincenzo Fragale. Artrite meningococcica con meningite cerebrospinale frustra in un bambino di 10 mesi. (Ein Fall von Meningokokken-Gelenksentzündung und versteckter Meningitis bei einem 10 Monate alten Kinde.) Gazz. internaz. di med.-chirurg., 1913, S. 920.

— La meningite cerebro-spinale nei lattanti. (Die Meningitis cerebrospinalis im Säuglingsalter.) Gazz. internaz. di med.-chirurg., 1913, S. 937.

U. Franchetti. Osservazione sopra alcuni casi di quarta malattia. (Einige Fälle von vierter Krankheit.) Riv. di clin. pediatrica, Oktober 1913.

Kurt Frankenstein. Beiträge zur Masernerkrankung aus der Freiburger Masernepidemie im Jahre 1912. Dissert., Freiburg 1914.

Fraser. Clinical observations on ninety cases of acute epidemic poliomyelitis. (90 Fälle von Poliomyelitis.) Amer. Journ. Med. Scienc., Juli 1914. Wachenheim (New York).

Alfred Friedländer and **E. A. Wagner.** Diagnosis of whooping-cough by the complement-deviation test. (Diagnose des Keuchhustens durch Komplementablenkungsprobe.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1914, Bd. LXII, S. 1008.

Gino Frontali. Un caso di amenza postmorbillosa. (Ein Fall von Amentia nach Masern.) Riv. di clin. pediatrica, Oktober 1913.

Karl Fürntratt. Die Heine-Medinsche Krankheit in Steiermark während der letzten 5 Jahre. Mitteil. d. Ver. d. Ärzte in Steiermark, 1914, Bd. LI, S. 46.

Giacinto Gatti. Su di caso di pertosse in neonato. (Ein Fall von Keuchhusten beim Neugeborenen.) La pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 687.

— Nuovi casi di Leishmaniosi infantile osservati a Napoli e dintorni. (Neue Fälle von Leishmaniose beim Kinde, beobachtet in Neapel und Umgebung.) La pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 834.

Gerstley. Recent advances in our knowledge of pertussis. (Neuere Erfahrungen über den Keuchhusten.) Illinois Med. Journ., Juni 1914. Wachenheim (New York).

Francesco Giugni. La emocultura della Leishmania Donovani dal sangue periferico in un caso di Kala-azar nel bacino del Mediterraneo. (Züchtung der Leishmania Donovani aus dem peripheren Blute eines Kala-azar-Falles im Mittelmeergebiet.) Pathologica, 1914, Bd. VI, S. 284.

Afroim Nochim Golodetz. Über das Vorkommen der Heine-Medinschen Krankheit in der Schweiz. Zürich, Gebr. Leemann & Co., 1913, Inaug.-Dissert., Zürich.

Edwin E. Graham. The treatment of pertussis. (Keuchhustenbehandlung.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 578.

Marcel Granier et **Hovelacque.** Méningite cérébro-spinale à bacille d'Eberth chez un nouveau-né de trois semaines. (Zerebrospinalmeningitis durch Eberthsche Bazillen beim 3 Wochen alten Säugling.) Le Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 211.

L. Guinon und **Malarte.** Quelques cas de bactério-thérapie anti-typhique chez l'enfant. (Einige Fälle von antityphöser Bakteriotherapie beim Kinde.) Bull. de la Soc. de pédiatrie de Paris, 1914, S. 3.

— Quelques cas de bactériothérapie antityphique chez l'enfant. La clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 112.

Benno Hahn. Experimentelle Beiträge zur Pathogenese postdiphtherischer Lähmungen. Zeitschr. f. d. ges. exper. Med., 1914, Bd. III, S. 198.

J. Hallé. La méningite cérébro-spinale à paraméningocoques chez le nourrisson. Le Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 198.

J. Hallé, Marcel Bloch et **Foix.** Ein Fall von Hemiplegie bei Diphtherie. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXX, S. 895.

— Hémiplégie organique au cours de la diphthérie. (Organische Hemiplegie im Verlauf von Diphtherie.) Soc. méd. des hôp. de Paris, 15. Mai 1914.

William Hanna. On some aspects of smallpox in infants and children. (Ansichten über die Blattern bei Säuglingen und Kindern.) Brit. Journ. of Child., 1914, Bd. XI, S. 1.

Berthold Hannes. Über das Vorkommen von Typhusbazillen im Liquor cerebrospinalis bei Typhuskranken. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med., 1914, Bd. CCXVI, S. 355.

W. Morgan Hartshorn and **Henry Nicholas Moeller.** Vaccine treatment in pertussis. (Vakzinebehandlung des Keuchhustens.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 586.

Heiman. Refractory or so-called fast cases of meningococcus meningitis. (Heilserumfeste Fälle von Meningokokkenmeningitis.) Amer. Journ. Dis. Child., Oktober 1914.
Bericht über 2 Fälle. Wachenheim (New York).

H. Henneberg. Ein Beitrag zur Masernfrage. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 184.

Alfred F. Hess. German measles (rubella): An experimental study. (Experimentelle Studie über Röteln.) Arch. of internat. Med., 1914, Bd. XIII, S. 913.

Holt. Some manifestations of influenza in young children. (Influenza bei kleinen Kindern.) Arch. of Pediatrics, Oktober 1914.
Wachenheim (New York).

Hornemann. Das neue Diphtherieschutzmittel v. Behrings. Therap. Monatsh., 1913, Bd. XXVII, S. 757.

Francis Huber. Pneumococcic meningitis and meningismus. Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 328.

Hull. The treatment of intanfile paralysis. (Behandlung der Kinderlähmung.) Oklahoma State Med. Assoc. Journ., Juli 1914.
Wachenheim (New York).

Grégoire Jacobson. Contribution à l'étude des récidives dans la scarlatine. (Beitrag zur Frage der Rezidive bei Scharlach.) Arch. de mènd. des enfants., 1914, Bd. XVII, S. 267.

Georg Jochmann. Salvarsan bei Scharlach. Berliner Veröffentl. d. med. Verwaltung, 1914, Bd. III, S. 1.

Johnson. Infantile paralysis. (Kinderlähmung.) Vermont Med. Monthly, September 1914. Wachenheim (New York).

E. Joltrain et **P. Rouffiac.** Syndrome méningé à type de poliomyélite. Meningeales Syndrom vom Typus der Poliomyelitis.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 473.

Robert Jones. On infantile paralysis (acute anterior poliomyelitis), its early treatment and the surgical means for the alleviation of deformities. (Über Kinderlähmung [akute Poliomyelitis anterior], ihre frühzeitige Behandlung und die chirurgischen Mittel zur Vorbeugung der Deformitäten.) Brit. Med. Journ., 1914, Nr. 2787, S. 1165.

George Jubb. Notes of an outbreak of acute anterior poliomyelitis at west Kirby. (Bemerkungen über einen Ausbruch von Poliomyelitis anterior acuta in West-Kirby.) Lancet, 1913, Bd. II, S. 1380.

A. Jurgelunas. Zur Frage der experimentellen Masern. Zentralbl. f. Bakteriol., Jena 1914, Bd. LXXII, S. 483.

Karl Kassowitz. Beitrag zur Methodik der Diphtherieprophylaxe. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 178.

O. H. Kelsall. Pertussis vaccine. (Keuchhustenvakzine.) Therap. Gaz., 1914, Bd. XXXVIII, S. 14.

Claude B. Ker. A note on scarlet fever in the aged. (Notiz über Scharlach in hohem Lebensalter.) Edinburgh Med. Journ., 1913, Bd. XI, S. 492.

Hans Kern. Über eine Anstaltsendemie von Heine-Medinscher Krankheit. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 1053.

Erich Keuper. Über eine Ruhrepidemie bei kleinen Kindern. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 474.

King. Epidemiology of whooping-cough. (Epidemiologie des Keuchhustens.) New Orleans Med. and Surg. Journ., Juni 1914.
Wachenheim (New York).

O. Kirsch. Die Abblassungserscheinungen des Scharlachexanthems in ihrer weiterreichenden Bedeutung. Verh. d. Ges. Deutscher Naturforsch., Leipzig 1913, Bd. LXXXV, S. 2; 1914, S. 273.

Hans Kleinschmidt und **Paul Viereck.** Vierte Mitteilung über Behrings Diphtherievakzin. Deutsche med. Wochenschr., Leipzig 1913, Bd. XXXIX, S. 1977.

W. N. Klimenko. Zum Befunde choleraähnlicher Vibrionen bei Kindern. Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenkunde u. Infektionskrankh., 1914, Bd. LXXII, S. 127.

Wasilij N. Klimenko. Die Bedeutung der Spindelbazillen in der Pathologie des Scharlachs. 1. Mitteil. Zentralbl. f. Bakteriol., Jena 1914, Bd. LXXIV, S. 487.

Karl Kling und **Alfred Petterson.** Keimträger bei Kinderlähmung. Deutsche med. Wochenschr., Leipzig 1914, Bd. XL, S. 320.

W. Knöpfelmacher und **R. Hahn.** Heimkehrfälle bei Scharlach. Mitteilungen d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XII, S. 227.

Erwin Kobrak. Durch den Diphtheriebazillus hervorgerufene blennorrhoische Prozesse, speziell in der kindlichen Vagina. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 412.

Herbert Koch. Die Beziehungen der Masern zu anderen pathologischen Prozessen. Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 123.

— Die Beziehungen der Masern zu anderen pathologischen Prozessen. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 267.

Richard Koch. Über Scharlachrekonvaleszentenserum. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2611.

L. R. v. Korczinski. Beiträge zur Klinik der sporadischen Fälle Heine-Medinscher Krankheit. Wiener klin. Wochenschr., 1914, Bd. XXVII, S. 453.

K. Kothny. Ein Fall von chininresistenter Malaria, mit Methylenblausilber behandelt. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien 1914, Bd. XIII, S. 97.

Charles Krumwiede jun., Matthias Nicoll jun. and **Josephine S. Pratt.** Attempts to produce scarlatina in monkeys. (Versuche, bei Affen Scharlach zu erzeugen.) Arch. of internat. Med., 1914, Bd. XIII, S. 909.

Wilhelm Kulka. Die Diphtherie und ihre Bekämpfung. Arbeiten des Jahres 1913. Österr. Sanitätsw., 1914, Bd. XXVI, S. 393.

Lauble. Note sur une épidémie de rougeole. (Bericht über eine Masernepidemie.) Rev. d'hyg. et de police sanit., 1914, Bd. XXXVI, S. 227.

Anna Leibine-Scheivach. Remarques sur les cas de scarlatine observés à Genève pendent l'année 1910. (Bemerkungen über die in Genf im Jahre 1910 beobachteten Scharlachfälle.) Genève, Imprimerie Jent, 1913, Inaug. Dissert., Genf Thèse méd., 1912/13.

Richard Lenzmann. Weitere Erfahrungen über die Behandlung des Scharlach mit Salvarsan. Therap. d. Gegenw., Berlin 1914, Bd. LV, S. 243.

Werner Leo. Die Heine-Medinsche Krankheit in ihren Beziehungen zur Chirurgie. Eine historische, klinische und chirurgische Monographie. Klinik psych. Krankh., Halle 1913, Bd. VIII, S. 29.

P. Lereboullet et **I. Mourieand.** Varicelle du nouveau-né par contagion maternelle. (Varizelleninfektion des Neugeborenen durch die Mutter.) Bull. de la Soc. de pédiatrie, 1914, Bd. XVI. S. 84; Pédiatrie prat., 1914, Bd. XII, S. 167; Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 169.

A. Lesage et **C. Bobiller.** La dysenterie amibienne chez les tout petits enfants. (Die Amöben-Dysenterie bei ganz jungen Kindern.) La pédiatrie prat., 15. November 1913, S. 567.

C. Levaditi und **J. Pignot.** La neuronophagie dans la poliomyélite. (Die Neuronophagie bei Poliomyelitis.) Ann. de l'inst. Pasteur. 1914, Bd. XXVIII, S. 509.

Karl Levi. Über abortiven Scharlach in den ersten Lebensmonaten. Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch., 1914, Bd. II, S. 237.

Paul Löwenberg. Zum Latenzstudium der Masern. Beobachtungen an 76 Fällen von Masern-Hausinfektionen an den Kinderspitälern zu Graz und München. 1893—1912. Dissert., München 1913. S. 44.

E. Löwenstein. Über Immunisierung mit atoxischen Toxinen und mit überkompensierten Toxin-Antitoxinmischungen bei Diphtherie. Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Therap., 1914, Bd. XV, S. 279.

Erna Loewy. Beitrag zur pathologischen Histologie der unter dem Bilde der Landryschen Paralyse verlaufenden Fälle von Poliomyelitis acuta anterior. Dissert., München 1914.

Erna Loewy geb. **Hattendorf.** Beitrag zur pathologischen Histologie der unter dem Bilde der Landryschen Paralyse verlaufenden Fälle von Poliomyelitis acuta anterior. Monatsschr. f. Psychiat. u. Neurol., 1914, Bd. XXXV, S. 470.

William P. Lucas. The value of the blood picture in the early diagnosis of measles, especially in relation to the question of isolation. (Die Bedeutung des Blutbildes bei der Frühdiagnose der Masern, besonders in bezug auf die Frage der Isolierung.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 149.

F. Lust und **F. Rosenberg.** Beitrag zur Ätiologie der Heine-Medinschen Krankheit (Poliomyelitis acuta anterior). Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 121.

Luigi Maccone. Localizzazioni extrapolmonari primitive del pneumococco nell' infanzia. Contribuzione clinica. (Primäre extrapulmonale Lokalisation des Pneumokokkus im Kindesalter.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 360.

William Macewen. An investigation concerning Döhle's leucocytic inclusion bodies in scalet fever and other diseases. (Untersuchungen über die Döhlschen Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach

und anderen Krankheiten.) Journ. of Pathol. and Bacteriol., 1914, Bd. XVIII, S. 456.

E. P. Magruder. Infantile paralysis affecting the lower extremities; its surgical treatment and possibilities of cure. (Kinderlähmung der unteren Extremitäten; ihre chirurgische Behandlung und die Möglichkeiten ihrer Heilung.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVIII, S. 908.

Fritz Magyar. Pemphigus vulgaris chronicus bei einem 13 Jahre alten Knaben. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XII, S. 201.

Mallet. Un cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques, forme bénigne, chez un enfant de 4 ans, guérie par sept injections intrarachidiennes de 140 cm³ de sérum antiméningococcique de Kolle. (Ein Fall von benigner Meningokokken-Zerebrospinal-Meningitis bei einem 4jährigen Kinde. Heilung durch 7 spinale Injektionen von 140 cm³ Kolleschen Antimeningokokkenserum.) Soc. méd. de Genève, 30. April und 13. Mai 1914.

M. Manea. Intorno ad un caso di malaria in neonato di probabile origine congenita. (Fall von Malaria wahrscheinlich kongenitalen Ursprungs beim Neugeborenen.) La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 598.

Otto Mayer. Über Diphtheriebekämpfung. Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1914, Bd. XXVII, S. 289.

Walter Meinshausen. Die Abstoßung der Diphtheriemembranen. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch., 1914, Bd. II, S. 197.

Mello Leitao. Flagellate dysentery in children. (Flagellaten-Dysenterie bei Kindern.) The Brit. Journ. of Child. Dis., Februar 1913.

Menetrier. Méningite cécrébrospinale du nourrisson guérie par le sérum antiparaméningococcique. (Zerebrospinalmeningitis beim Säugling, geheilt durch Antiparameningokokkenserum.) Soc. méd. des hôp. de Paris, 17. Jänner 1914.

H. Méry et **Lucien Girard.** Emphysème généralisé sous-cutané dans la rougeole non compliquée. (Allgemeines Hautemphysem bei unkomplizierten Masern.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXX, S. 39.

Edgar Mey. Über heftige Abdominalschmerzen bei Scharlach. St. Petersburg. med. Zeitschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 288.

Sidney J. Meyers. The treatment of Pertussis. (Keuchhustenbehandlung.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 445.

Reginald Miller and **James A. Davidson.** The nervous complications of varicella. (Die nervösen Komplikationen der Varizellen.) Brit. Journ. of Child., 1914, Bd. C, S. 15.

Missimilly. Contribution à l'étude des oreillons chez l'enfant et de certaines complications nerveuses qui peuvent s'y observer. (Mumps beim Kind und seine nervösen Komplikationen.) Thèse de Montpellier, 1913.

Monier-Vinard et **Meaux-Saint-Marc.** Sur le rythme du cœur dans la scarlatina. La bradycardie des scarlatineux. Étude symptomatique. Mém. 1. (Über den Rhythmus des Herzens bei der Skarlatina. Die Bradykardie der Scharlachkranken. Symptomatologische Studie.) Journ. de physiol. et de pathol. gén., 1914, Bd. XVI, S. 467.

— Sur le rhythme du cœur dans la scarlatine. La bradycardie des scarlatineux. Étude physiologique. Mém. 2. (Über den Rhythmus des Herzens bei Skarlatina. Die Bradykardie bei Scharlachkranken. Physiologische Studie.) Journ. de physiol. et de pathol. gén., 1914, Bd. XVI, S. 497.

— Sur le rhythme du cœur dans la scarlatine; la bradycardie des scarlatineux. (Über den Herzrhythmus beim Scharlach; die Bradykardie der Scharlachkranken.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXX, S. 614.

Alfonso Montefusco. Recidive di difterite e trattamento dei portatori di bacilli difterici. (Diphtherierezidive und Behandlung der Diphtheriebazillenträger.) Gazz. degli Osp. e delle clin., 16. März 1913.

— Su due casi di noma consecutivi a malattie infettive. (Über zwei Fälle von Noma nach Infektionskrankheiten.) Giorn. internaz. d. scienz. med., 1914, Bd. XXXVI, S. 193.

Otto Moog. Beitrag zur Serotherapie des Scharlachs. Therap. Monatshefte, Berlin, 1914, Bd. XXVIII, S. 37.

Moore. The surgical treatment of infantile paralysis. (Chirurgische Behandlung der Kinderlähmung.) New York Med. Journ., 29. August 1914. Wachenheim (New York).

R. Frey Moricheau-Beauchant et **Rameix.** Un cas d'ataxie aigue pendant la convalescence d'une rougeole. (Ein Fall von akuter Ataxie in der Rekonvaleszenz nach Masern.) Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXX, S. 60.

John Lovett Morse. The clinical and sociological aspects of whooping-cough. (Keuchhusten vom klinischen und sozialen Standpunkte.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 572.

Ernst Mössmer. Beitrag zur Kenntnis der Nachkrankheiten des Scharlachs. Dissert., Erlangen 1913.

Regnard et **Mouzon.** Poliomyélite aigue de l'enfance à topographie radiculaire. Soc. de neurol. de Paris, 5. März 1914.

Eduard Müller. Die epidemische Kinderlähmung, ihre Ursachen, ihre Verbreitungsweise und ihre Bekämpfung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1914, Bd. XI, S. 201.

Marie Nageotte-Wilbouchewitch. Pas d'isolement pour la scarlatine et la rougeole. Traitement préventif et curatif par la méthode de Robert Milne. (Keine Isolierung bei Scharlach und Masern. Prophylaxe und Therapie nach dem Milneschen Verfahren.) Presse méd., 1914, Bd. XXII, S. 445.

V. Naoumoff. Les scarlatines observées à l'hôpital cantonal de Genève en 1910—1912. (Die Scharlachfälle im Kantonspital Genf 1910 bis 1912.) Dissert., Genève 1913.

Neau. Essai sur la contagiosité de la rougeole chez le nouveau-né et le nourrisson et ses allures cliniques. (Über Kontagiosität der Masern beim Neugeborenen und beim Säugling. Ihre klinischen Eigentümlichkeiten.) Thèse de Bordeaux, 1913.

A. Netter et **Ribadeau-Dumas.** Les manifestations choréiformes dans la poliomyélite (paralysie infantile choréique). (Choreiforme Symptome bei Poliomyelitis [choreiforme Kinderlähmung].) Ann. de méd. et chirurg. infant. 1914, Bd. XVIII, S. 75.

S. T. Nicholson jun. and **John F. Hogan.** Effect of lactic acid bacilli on diphtheria. (Die Wirkung des Bac. acidi lact. auf. Diphtherie.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1914, Bd. LXII, S. 510.

Charles Nicolle. Aperçu sur le Kala Azar. (Über Kala-Azar.) La Presse méd., 1914, Nr. 22, S. 213.

Nisenson. Einige Bemerkungen über die Scharlachepidemie in Warschau. Wiener klin. Rundschau, 1914, Bd. XXVIII, S. 13.

Nobécourt und **F. Mercier.** Forme respiratoire des réactions encéphalo-méningées au cours de la fièvre typhoide chez l'enfant. (Respiratorische Form der enzephalomeningealen Reaktionen im Verlauf von Typhus beim Kinde.) Paris méd., 1913, S. 32.

Marc. Paunz. Beitrag zu den Komplikationen bei Nebenhöhlenentzündungen der Nase bei Scharlach. Jahrb. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXXX, S. 536.

E. Périer. Appendicite aigue au cœurs de la varicelle. (Akute Appendizitis im Verlauf von Varizellen.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 213.

G. Petraschewskaja. Zur Kasuistik der paratyphösen Peritonitis. Beitr. z. klin. Chirurg., 1914, Bd. LXXXIX, S. 506.

R. H. Pierson. Epidemic poliomyelitis and distemper of dogs. (Epidemische Poliomyelitis und Erkrankung von Hunden.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1914, XLII, S. 678.

Pironneau. La méningite cérébro-spinale épidemique chez le nourrisson. (Die epidemische Zerebrospinalmeningitis beim Säugling.) Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 325.

Gustavo Pittaluga. Kala-azar infantile e Leishmaniosi canina in Ispagna. (Kinder-Kala-azar und Hundeleishmaniose in Spanien.) Pathologica, 1914, Bd. VI, S. 121.

Clotilde Pizzata. Trombosi dei seni cerebrali dopo il morbillo. (Thrombose des Hirnsinus nach Masern.) Gazz. internaz. di med.-chir., 1914, S. 34.

H. Pollitzer. Röntgenbehandlung der Milz bei chininresistenter Malaria. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 236.

F. Poensgen. Die Behandlung schwerer Scharlachfälle mit Salvarsan beziehungsweise Neosalvarsan. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankheiten u. z. Immunitätsforsch., 1914, Bd. III, S. 319.

Erwin Popper. Schwinden der Tuberkulinreaktion während einer Pertussiserkrankung. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilkunde in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 18.

— Über Pertusiss. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 1097.

Kornel Preisich. Die Therapie des Scharlachs. Pester med.-chir. Presse, 1913, Bd. XLIX, S. 385, 393 und 401.

F. Prinzing. Ist Normalmenschenserum bei der Behandlung von Scharlach durch Normalpferdeserum ersetzbar? Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 931.

F. Reiche. Weitere Mitteilungen zur Bewertung der Wirksamkeit des Behringschen Heilserums bei Diphtherie. Mitteil. a. d. Hamburger Staatskrankenanstalt, 1913, Bd. XIV, S. 125.

— Erkrankungen des Appendix (in einem Falle mit anschließender Pylephlebitis) nach Diphtherie. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1913, Bd. XXVII, S. 250.

— Meningitis bei Diphtherie. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 452.

Felix Reinhard. Gonorrhöe und gonorrhöische Komplikationen bei einem Säugling. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 479.

Edwin Reinhardt. Über Pemphigus neonatorum contagiosus. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1914, Bd. LXXVI, S. 14.

Jules Renaut et **Pierre-Paul Lévy.** Myélite métatyphique chez un enfant de quatre ans, bacillurie éberthienne persistant cinq mois après le début de l'infection. (Myelitis nach Typhus bei einem 4jährigen Kinde, Typhusbazillen im Urin 5 Monate nach Eintritt der Infektion.) Soc. méd. des hôp., 11. Juli 1913.

E. Renaux. Réactions sérologiques dans la coqueluche. (Serumreaktionen bei Keuchhusten.) Soc. roy. des scienc. méd. et nat. de Bruxelles, 3. November 1913.

Charles Rey. Méningite à pneumocoques chez un nouveau-né. (Pneumokokkenmeningitis bei einem Neugeborenen.) Lyon méd., 1914, Bd. CXXII, S. 1219.

George Richardson. The Rumpel-Leede phenomenon in the diagnosis of scarlet fever. (Die Bedeutung des Rumpel-Leedeschen Phänomens für die Diagnose des Scharlachs.) Edinburgh Med. Journ., 1913, Bd. XI, S. 496.

Georg Riebold. Sind die Diphtheriebazillenträger für ihre Umgebung infektiös? Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 923.

Marcel Riser. A propos d'un cas de méningite cérébro-spinale suraigue à paraméningocoque. (Bemerkungen zu einem Fall perakuter Zerebrospinalmeningitis durch Parameningokokken.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXX, S. 941.

William Robertson. The isolation of scarlet fever. (Die Isolierung des Scharlachs.) Edinburgh Med. Journ., 1914, Bd. XII, S. 214.

J. Roca. Étude sur la mortalité à Toulouse par coqueluche, rougeole et scarlatine, de 1892 à 1911. (Mortalität an Keuchhusten, Masern und Scharlach in Toulouse 1892—1911.) Thèse de Toulouse déc., 1912, S. 71.

Rochrich. Du traitement du tétanos confirmé par les injections phéniquées (méthode de Bacelli). Die Behandlung des Tetanus mittels der Bacellischen Methode [Phenoleinspritzungen].) Thèse, Paris 1913.

E. C. Rosenow. The etiology of acute rheumatism, articular and muscular. (Die Ätiologie des akuten Gelenk- und Muskelrheumatismus.) Journ. of Infekt. Dis., 1914, Bd. XIV, S. 61.

Edward Halford Ross. Cell-inclusions in scarlet fever and measles. A suggestion for the preventive treatment of these diseases. (Zelleinschlüsse bei Scharlach und Masern. Eine Anregung zur prophylaktischen Behandlung dieser Erkrankungen.) Journ. of State Med., 1914, Bd. XXII, S. 94.

E. Rossiwall. Pyämie nach Scharlach. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 4.

Pierre Rouché. Les porteurs de bacilles diphthériques. (Diphtheriebazillenträger.) Thèse de Paris, 1913.

Ch. Rowe. Die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum und Normalserum. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1978.

John Ruhräh. The prophylaxis of measles. (Die Masernprophylaxe.) New York Med. Journ., 1914, Bd. XCIX, S. 813.

F. Rusca. Über einen Fall von Pertussis, geheilt durch eine wegen Perityphlytis gemachte Laparatomie. Beitrag zur Kenntnis der Pertussis. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Bd. XLIV, S. 590.

Russell. Antityphoid vaccination in childhood. (Antityphusvakzination im Kindesalter.) New York State Journ. of Med., Juli 1914. Wachenheim (New York).

G. Rutelli. Contributo alla terapia della menigite cerebro-spinale epidemica da meningococco di Weichselbaum. (Behandlung der epidemischen Zerebrospinalmeningitis.) La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 23.

Max Schatzmann. Untersuchungen über die Hämatologie der Variola und der Vakzine. Zeitschr. f. klin. Med., 1914, Bd. LXXX, S. 333.

G. Scheltema. Heilung von Tetanus bei einem 3jährigen Kind. Nederl. Manndschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk., 1914, Bd. III, S. 204.

Richard Schlichting. Die Jodbehandlung des Rachens zur Beseitigung von Diphtheriebazillen. Kinderarzt, Leipzig 1914, Bd. XXV, S. 55.

Walther Schneider. Bluntersuchungen bei Keuchhusten. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 303.

Ernst Schreiber. Über den jetztigen Stand der aktiven Diphtherieimmunisierung nach Behring. Therap. d. Gegenw., 1914, Bd. LV, S. 97.

Werner Schultz. Scharlachbehandlung mit Humanserum und Serumlipoide. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1914, Bd. LXV, S. 627.

W. Schultz und **L. R. Grote.** Untersuchungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren bei Scharlach. Münchener med. Wochenschrift, 1913, Bd. LX, S. 2510.

M. Schulze. Ein erfolgreich behandelter Fall von Tetanus neonatorum. Dissert., Greifswald 1913.

Henri Schwers. Péritonite streptococcique d'origine générale chez une petite fille de deux ans et quatre mois. Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 441.

Siro Segagni. Contributo alla casistica delle peritonoti pneumococciche nei bambini. (Beitrag zur Kasuistik der Pneumokokkenperitonitis der Kinder.) Riv. crit. di clin. med., 1914, Bd. XV, S. 305.

A. Seitz. Über sekundäre Appendizitis bei Scharlach. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1913, Bd. XIV, S. 470.

— Über sekundäre Appendizitis bei Scharlach. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1914, Bd. XIV, S. 470.

Erich Seligmann. Neue Wege der Diphtheriebekämpfung in Berlin. Med. Klinik, Berlin 1914, Bd. X, S. 834, 876.

Luigi Sironi. Contributo alla clinica del paratifo B nei bambini. (Beitrag zur Klinik der Infektion mit Paratyphus B bei Kindern.) Gazz. intern. di med., chir. 1914, S. 457.

E. Bellingham Smith. Partial paralysis of the abdominal muscles due to infantile paralysis. (Partielle Lähmung der Bauchmuskeln infolge von Kinderlähmung.) Proc. of the Roy. Soc. of Med., London 1914, Bd. VII, S. 127.

Georg Sobernheim. Bekämpfung der Infektionskrankheiten in Schule und Haus. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., Jena 1914, Bd. II, S. 225.

W. Spirig. Beitrag zur hereditären Disposition bei Diphtherie. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 1559.

A. Stegemann. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Myokards und der Herzganglien beim Scharlach. Jahrb. f. Kinderheilkunde, 1914, Bd. LXXX, S. 491.

Emanuel Steinschneider. Masern bei einem 9 Tage alten Säugling. Deutsche med. Wochenschr., Leipzig 1914, Bd. XL, S. 441.

Stephani. Kurzer Beitrag zur Ätiologie der Masern als Schulkrankheit. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 198.

H. A. Stheeman. Masern bei Säuglingen. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk., 1913, Bd. II, S. 654.

K. Thalaeker. Klinische Erscheinungen und Komplikationen des akuten Gelenkrheumatismus nach den Krankengeschichten der Leipziger medizinischen Klinik aus den Jahren von 1906—1908. Dissert., Leipzig 1913.

Oluf Thomsen. Experimentelle Arbeiten über Poliomyelitis. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 309.

R. Vaglio. Contributo alla ricerca del parassita di leishman nel sangue periferico di bambini affetti da Leishmaniosi. (Nachweis der Leishmannschen Parasiten im peripheren Blut bei Kindern mit Leishmaniose.) La pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 682.

Victor Veau et **Weber.** Gangrène du pied dans la diphthérie. (Gangrän des Fußes bei Diphtherie.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, Bd. XVI, S. 177.

Samuel A. Visanska. Whooping cough: Its dangers at last recognized. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 599.

Voretzsch. Welche Rolle spielt die Schule bei der Entstehung von Scharlachepidemien und welche Maßregeln ergeben sich daraus für die öffentliche Gesundheitspflege? Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankheiten u. z. Immunitätsforsch., 1914, Bd. III, S. 173.

Weihe. Über die Ruhr der kleinen Kinder. Vortr., geh. a. d. 21. Vers. d. Vereinigt. südwestdeutschen Kinderärzte, Frankfurt a. M., 14. Dezember 1913.

W. M. Weston. Malaria in infants. Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 244.

Anna Wessels Williamns. The Etiology of Pertussis. Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 567.

Young. The Surgical treatment of infantile palsy. (Chirurgische Behandlung der Kinderlähmung.) Lancet-Clin., 19. September 1914. Wachenheim (New York).

Ullansky Zoé. Des érythèmes sérothérapeutiques observés à la clinique infantile de Genève de 1910—1912. (Serumexantheme der Genfer Kinderklinik 1910—1912.) Thèse de Genève, 1913.

Epidemiology of whooping cough, measles, scarlet fever and diphtheria, in Cleveland for 1913. By members of the third class in medicine a. R. G. Perkins. (Epidemiologie von Keuchhusten, Masern, Scharlach und Diphtherie in Cleveland im Jahre 1913. Von Schülern der 3. medizinischen Jahresklasse und R. G. Perkins.) Cleveland Med. Journ., 1913, Bd. XII, S. 739.

Traitement des porteurs de bacillus diphthériques par des cultures de staphylococque. (Behandlung der Diphtheriebazillenträger durch Staphylokokkenkulturen.) Rev. gén. Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 534.

Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen. Jugendfürsorge, 1914, Bd. XV, S. 58.

Tuberkulose.

Hans Abramowski. Beitrag zur Skrofulose- und Tuberkulosebekämpfung mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse der Tilsiter Niederung. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1913, Bd. XXI, S. 330.

Kr. F. Andvord. Die Tuberkulose, eine Kinderkrankheit. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose, 1913, Bd. XXIX, S. 95.

J. M. Arluck. Zur Frage über Tuberkulose in der Schule. Auf Grund von Beobachtungsmaterial, welches in den Jahren 1907—1912 in den Sanatorienkolonien der Odessaer Gesellschaft gesammelt wurde. Arch. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXII, S. 199.

A. Baemeister. Wesen und Gang der tuberkulösen Infektion bei Entstehung der menschlichen Lungenphthise. Ergebnisse d. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 515.

Bailey. The diagnosis and treatment of tuberculosis in childhood. (Diagnose und Behandlung der Tuberkulose im Kindesalter.) Boston Med. and Surg. Journ., 17. September 1914.
Wachenheim (New York).

Beck. Weitere Erfahrungen mit Rosenbachschem Tuberkulin bei der kindlichen Tuberkulose. Vorträge geh. a. d. 21. Vers. d. Vereinigten südwestdeutschen Kinderärzte. Frankfurt a. M., 14. Dezember 1913.

Behla. Zur amtlichen Mortalitätsstatistik der Kindertuberkulose und des Anteiles der Skrofulose im Preußischen Staat seit 1876. Ber. d. 11. intern. Tuberkulose-Konf., Berlin 1914, S. 367.

G. Berghinz. La tuberculosi nel lattante ed il focolaio polmonare primitivo di Ghon. (Die Tuberkulose des Säuglings und der Ghonsche primäre Lungenherd.) Tuberculosi, 1914. Bd. VI, S. 247.

N. Blumenau. Über die Moro-Doganoffsche Reaktion und über eine neue Tropfenpflasterreaktion. Zeitschr. f. Tuberkulose. 1914, Bd. XXII, S. 157.

E. Bruusgaard. Über die akute disseminierte Hauttuberkulose im Kindesalter. Dermatol. Wochenschr., 1914, Bd. LVIII, S. 561.

A. Calmette. Rôle de la tuberculose bovine dans la contamination de l'homme. La question du lait. (Die Rolle der bovinen Tuberkulose bei der Ansteckung des Menschen. Die Milchfrage.) Ann. de méd., 1914, Bd. I, S. 253.

Philip S. Chanceller. Hemiparesis and hemiplegia as an early symptom in tuberculous meningitis. (Hemiparese und Hemiplegie als Frühsymptom der tuberkulösen Meningitis.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 607.

Mc Cleave. The relation of bovine tuberculosis to early tuberculosis in children. (Verhältnis der Rindertuberkulose zur frühen Kindertuberkulose.) Amer. Dis. Child., September 1914.
Wachenheim (New York).

G. di Cristina e **G. Caronia.** Stato di anafilassi e di antianafilassi nella tubercolosi infantile e suoi rapporti con la terapia tubercolinica.

Anaphylaktische und antianaphylaktische Zustände bei der Kindertuberkulose und ihre Beziehung zu der Tuberkulintherapie.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 95.

René Cruchet. Evolution de la tuberculeuse médicale chez le nourrisson. (Entwicklung der medezinischen Tuberkulose beim Säugling.) Méd. infant., 1914, Bd. XXII, S. 97.

— Evolution de la tuberculose médicale chez le nourrisson. (Entwicklung der internen Tuberkulose beim Säugling.) Journ. de méd. de Paris, 1914, Bd. XXXIV, S. 287.

Dodd. The Roentgen ray in tuberculosis in children. (Die Röntgenstrahlen bei der Tuberkulose des Kindesalters.) Boston Med. and Surg. Journ., 17. September 1914.

Wachenheim (New York).

E. Dubourg. Diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse chez l'enfant en particulier des formes latentes. (Diagnose der tracheo-bronchialen tuberkulösen Drüsenerkrankung des Kindes, besonders der latenten Formen.) Thèse de Bordeaux, 1913.

Effler. Die Tuberkulosebekämpfung im Säuglingsalter. Erfolge, Mittel und Aussichten. 1. Der Säugling im tuberkulösen Milieu. Erfolge der Fürsorge. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 341.

Ernst Effler. Die Tuberkulosebekämpfung im Säuglingsalter. Erfolge, Mittel und Aussichten. Deutsche med. Wochenschr., Leipzig 1914, Bd. XL, S. 341 und 396.

Engel. Die Bronchialdrüsentuberkulose der Kinder. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., 1913, Bd. X, S. 673.

— Die Skrofulose und ihre Behandlung. Med. Klinik, Berlin 1913, Bd. IX, S. 2099.

Faber. A case of tuberculous meningitis complicated by influenzal meningitis. (Influenzameningitis als Komplikation der tuberkulösen Meningitis.) Amer. Journ. Dis. Child., August 1914. Diagnose bakteriologisch bestätigt. Wachenheim (New York).

Heinrich Finkelstein. Fall von Bronchialdrüsentuberkulose. Berliner Veröffentl. Hufeland Ges. Vortr., 1913, 1914, Bd. I, S. 13.

Aladar Fischer. Operierter Fall von tuberkulöser Duodenalstenose bei einem zehnjährigen Kinde. Pester med.-chir. Presse, 1914, Bd. L, S. 77.

Arnold Frankenau. Zur Pathogenese und Prognose der Säuglingstuberkulose. Dissert., Erlangen 1912, S. 48.

Franz. Berufsschulen für tuberkulosegefährdete Kinder. Ber. d. 11. intern. Tuberkulose-Konf., Berlin, 22. bis 25. Oktober 1913, 1914, S. 267.

Herman G. Gade. Die Diagnose der klinischen Initialformen der Kindertuberkulose. Beih. z. Norsk. Mag. f. Laegevid., 1914, S. 112.

Alfred Gastpar. Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter. Deutsche Vierteljahrschr. f. Gesundheitspfl., Braunschweig 1914, Bd. XLVI S. 9.

A. Ghon. Zur Bedeutung der Lymphknotentuberkulose beim Kinde. Prager med. Wochenschr., 1914, Bd. XXXIX, S. 75.

— Zur Tuberkulose der Kinder. (Nach Untersuchungen mit Roman.) Verh. d. pathol. Ges., Jena 1913, Bd. XVI, S. 171.

Willy Haas. Über den Nachweis von Tuberkelbazillen im strömenden Blut bei chirurgischen Tuberkulosen. Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. XC, S. 78.

F. Hamburger. Die Tuberkulose im Kindesalter. Wiener med. Wochenschrift, 1914, Bd. LXIV, S. 729.

— Jetziger Stand der Lehre von der kindlichen Tuberkulose und Skrofulose, sowie ihre Behandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., Jena 1914, Bd. XI, S. 132.

Abdel Hamid el Chafei. Contribution à l'étude des pleurésies purulentes tuberculeuses de l'enfant. (Zur Kenntnis der eitrigen tuberkulösen Pleuritis beim Kind.) Thèse de Paris, 1913.

B. John Hawes. Under what conditions is the diagnosis of „tuberculosis" in children justified. (Unter welchen Bedingungen ist die Diagnose „Tuberkulose" im Kindesalter gerechtfertigt?) Boston Med. and Surg., 1914, Bd. CLXX, S. 784.

J. F. Heymans. La tuberculose et le lait. (Tuberkulose und Milch.) Tuberculosis, Berlin 1913, Bd. XII, S. 470.

O. Hornemann und **E. Thomas.** Ernährung bei Tuberkulose im Tierexperiment. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 2345.

Viktor Hufnagel. Zur Diagnose und physikalisch-diätetischen Behandlung frühtuberkulöser Krankheitszustände im Kindesalter. Fortschritte d. Med., 1914, Bd. XXXII, S. 437.

Hutinel. Le prognostic des adénopathies tuberculeuses du médiastin chez l'enfant. (Die Prognose der Mediastinaldrüsentuberkulose beim Kind.) Rev. de la tuberculose, 1914, Bd. XI, S. 1.

— A propos de la pleurésie séro-fibrineuse d'origine tuberculeuse chez les enfants. (Die sero-fibrinöse Pleuritis tuberkulösen Ursprunges im Kindesalter.) Bull. méd., 1914, Bd. XXVIII, S. 631.

Hans Karfunkle. The prevention of tuberculosis in children. (Die Verhütung der Tuberkulose im Kindesalter.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 291.

E. Kirmisson. Manifestations de la tuberculose chez les jeunes enfants. (Formen der Tuberkulose bei kleinen Kindern.) Progr. méd., 1914, Bd. XLII, S. 267.

— Fistule ombilicale symptomatique d'une tuberculose du pubis. La Presse méd., 1914, Nr. 44, S. 421.

H. Kleinschmidt. Über latente Tuberkulose im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 1120.

H. Koch. Frühstadium der Tuberkulose. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilkunde in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 241.

Josef Kovacs. Über Behandlung der Tuberkulose mit Rosenbachschem Tuberkulin. Therap. Monatsh., Berlin 1914, Bd. XXVIII, S. 422.

Landis and **Kaufmann.** The diagnosis of tuberculosis in early life. (Diagnose der Tuberkulose im Kindesalter.) Amer. Med. Journ. Scienc., Oktober 1914. Wachenheim (New York).

S. Maggiore. Allattamento materno e tuberculosi. (Stillen und Tuberkulose.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 123.

— Rapporti fra il contenuto di alessina del siero di sangue e i fenomeni anafilattici nei bambini tubercolotici. (Beziehungen zwischen dem Alexingehalt des Blutes und der Anaphylaxie bei tuberkulösen Kindern.) La Pediatria, 1914, Bd. XXI, I, S. 830.

— Rilievi di citologia ematica nei vari stadi della tuberculosi infantile. (Über Blutbefunde in den verschiedenen Stadien der Kindertuberkulose.) Gazz. internaz. di med., chir. etc. 1914, S. 409 und 448.

Artur Mayer. Über das Vorkommen von Tuberkelbazillen im strömenden Blute und in der menschlichen Milch. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1913, Bd. XXI, S. 447.

A. Morelle. De la tuberculose rénale chez l'enfant. (Nierentuberkulose im Kindesalter.) Ann. de l'inst. chir. de Bruxelles, 1913, Bd. XX, S. 193.

Erich Müller. Die Tuberkulose im Kindesalter, ihre Behandlung und Prophylaxe. Med. Klinik, Berlin 1914, Bd. X, S. 137.

Edmund Nobel. Ein durch Pneumothoraxtherapie günstig beeinflußter Fall von Lungentuberkulose. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 21.

d'Oelsnitz. La pratique de l'héliothérapie dans les affections tuberculeuses de l'enfance. Indications et nosologie. (Die Anwendung

der Heliotherapie bei den tuberkulösen Affektionen des Kindesalters.) Journ. de physiothérap., 1914, Bd. V, S. 133.

H. Opitz. Beitrag zur Wirkung des Friedmannschen Tuberkuloseheilmittels bei Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XII, S. 4.

Péhu et **Mouret.** Sur un cas de tuberculose aigue, généralisée, chez un enfant de trois mois. (Ein Fall akuter allgemeiner Tuberkulose bei einem 3 Monate alten Säugling.) Lyon méd., 1914, Bd. CXXII, S. 1441.

Perrot. Tuberculose du maxillaire inférieur chez l'enfant. (Unterkiefertuberkulose beim Kind.) Thèse de Bordeaux, 1913.

Freiherr v. Pirquet. Frühzeitige Erkennung der Tuberkulose und Säuglingsschutz. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, Bd. VI, S. 10.

Egon Rach. Radiologisch erkennbare anatomische Typen der kindlichen Lungentuberkulose. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 642.

Jules Renault und **Thiers.** Glaucome unilatéral. Tubercule du plancher du IV. ventricule. (Unilaterales Glaukom. Tuberkel des Bodens des vierten Ventrikels.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 321.

G. Repaci. Su una particolare maniera di debutto della meningite tubercolare, con qualche considerazione sull' esame batteriologico diretto del liquido cefalorachidiano. (Ein Fall von Meningitis tuberculosa mit besonderen Prodromalerscheinungen und einige Bemerkungen zur bakteriologischen Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit.) Riv. di clin. pediatrica, 1914, Bd. XII, S. 188.

Ribadeau-Dumas. Tuberculose cavitaire du premier âge. (Tuberkulöse Kavernenbildung im ersten Lebensalter.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXIX, S. 936.

Ribadeau-Dumas und **J. Rolland.** Tuberculose suraiguë de l'enfance. (Subakute Tuberkulose im Kindesalter.) Soc. méd. des hôp., Paris, 3. Juli 1914.

Clive Riviere. The protection of infants against tubercular infection. (Schutz der Kinder gegen tuberkulöse Infektion.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 437.

v. Rosen. Ländliche Kolonien und Berufsleben für lungentuberkulöse Kinder. Ber. d. 11. intern. Tuberkulose-Konferenz, Berlin, 22. bis 25. Oktober 1913, 1914, S. 271.

K. v. Ruck and **H. J. Achard.** Specific resistance in tuberculosis its increase by prophylactic vaccination, with special reference to children. (Spezifische Resistenz bei Tuberkulose, ihre Zunahme bei prophylaktischer Impfung, mit besonderer Berücksichtigung der Kinder.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 742.

Bruno Salge. Blutuntersuchungen bei tuberkulösen Kindern. Zeitschrift f. Kinderheilk., Berlin 1914, Bd. XI, S. 88.

Savariaud et **Roederer.** Allongement du membre inférieur dans la tuberculose du genou. (Verlängerung der unteren Extremität bei der Kniegelenkstuberkulose.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, S. 231.

G. Scheltema. Tuberkuloseinfektion beim Säugling. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk., 1914, Bd. III, S. 181.

Segard. Étude sur la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. Le diagnostic des formes latentes et frustes. (Hilusdrüsentuberkulose beim Kind. Diagnose der latenten und frusten Formen.) Thèse de Paris, 1913.

Henry J. Fitz Simmons. The report of a case of multiple bone tuberculosis atypical in its distribution and X ray appearances. (Mitteilung eines Falles mit multiplen tuberkulösen Knochenherden, atypisch in ihrer Verteilung und auf dem Röntgenbilde.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 547.

Erich Sluka. Über die Häufigkeit der Spitzentuberkulose im Kindesalter. Wiener klin. Wochenschr., 1914, Bd. XXVII, S. 173.

Smith. Tuberculosis in children. (Tuberkulose bei Kindern.) Boston Med. and Surg. Journ., 17. September 1914.

Wachenheim (New York).

Myer Solis-Cohen. A children's tuberculosis class at a sanatorium. (Verwaltung einer Kinderabteilung für Tuberkulose in einer Heilanstalt.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 532.

E. Spéder et **E. Dubourg.** L'adénopathie trachéo-bronchique latente chez l'enfant. Comparaison du radiodiagnostic et du diagnostic clinique. (Die latente Bronchialdrüsentuberkulose beim Kind. Vergleich der Röntgendiagnostik und der klinischen Diagnostik.) Arch. d'électr. méd., 1914, Bd. XXII, S. 529.

E. C. Thrash. Tuberculosis: Intestinal planting in childhood: lung harvesting later. (Tuberkulose: Intestinale Infektion im Kindesalter; späteres Übergreifen auf die Lungen.) Southern Med. Journ., 1914, Bd. VII, S. 102.

Treplin. Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose an der See. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 765.

Trumpy. Untersuchungen über das Blutbild der Skrofulo-Tuberkulose, speziell hinsichtlich der Zahl und Art der weißen Blutkörperchen. Norsk. Mag. f. Laegevid., 1914, Bd. LXXV, S. 275.

A. Variot et **Chatelin.** Dextrocardie acquise et infantilisme d'origine tuberculeuse. (Erworbene Dextrokardie und Infantilismus auf tuberkulöser Grundlage.) Bull. de la Soc. de péd., de Paris 1914, S. 201.

Hans Vogt. Zur Behandlung der Lungentuberkulose im Kindesalter. Therap. d. Gegenw., 1914, Bd. LV, S. 254.

Emil Vollmer. Über Kinderheilstätten und Seehospize im Kampfe gegen die Tuberkulose. Frotschr. d. Med., Med. Klinik, Berlin 1913, Bd. IX, S. 1639.

Paul Vollmer. Die Tuberkulose im schulpflichtigen Alter und ihre Bekämpfung. Beitr. z. Tuberkulose, Würzburg 1914, Bd. XXIX, S. 311.

Alfred C. Wallin. Glandular Tuberculosis. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 573.

Altfred Scot Warthin. Miliary tuberculosis of the placenta with incipient pulmonary tuberculosis of the mother becoming latent after birth of child. (Miliartuberkulose der Plazenta, verbunden mit beginnender Lungentuberkulose der Mutter, die nach der Geburt des Kindes latent wurde.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 1951.

William Charles White. Some points of contact between tuberculosis work and pediatrics. (Verhältnisse der Kinderheilkunde zum Kampf gegen die Tuberkulose.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 645.

Wimmenauer. Zur Röntgenologie der kindlichen Lungentuberkulose. Der Schularzt, 1914, Bd. XII, S. 785.

Syphilis.

Adeline. Contribution à l'étude de l'origine syphilitique de la maladie de Little. (Zum Studium des syphilitischen Ursprunges der Littleschen Krankheit.) Thèse de Paris, 1913.

Babonneix. Hérédo-syphilis et encéphalopathies infantiles. (Erbsyphilis und Gehirnleiden beim Kinde.) Ann. des maladies vénériennes Février, 1914, S. 81; Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, Bd. LVIII, S. 1020.

S. C. Beck und **M. Mohr.** Über die Häufigkeit und diagnostische Bedeutung der Papillitis nervi optici bei der Säglingssyphilis. Dermatologische Wochenschr., 1913, Bd. LVII, S. 1363.

Friedrich Bering. Über Lues congenita tarda. Verh. d. Ves. Deutscher Naturfreunde, Leipzig 1913, Bd. LXXXIV, S. 318.

Germain Blechmann. Cent injections par les veines jugulaires et épicrâniennes chez des nourrissons et des enfants du premier âge, appliquées au traitement de la syphilis héréditaire. (Hundert Injektionen durch die Jugular- und epikraniellen Venen zur Behandlung hereditärer Syphilis bei Säuglingen und jungen Kindern.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, S. 50.

Germain Blechmann et **Maurice Delort.** La réaction à la luètine de Noguchi dans la syphilis infantile (étude préliminaire). (Die Luetinreaktion nach Noguchi bei der Syphilis des Kindesalters [vorläufige Mitteilung].) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, S. 228.

Harald Boas. Ein Fall von kongenitaler Syphilis 20 Jahre nach der Infektion der Mutter. Kasuistische Mitteil. Dermatol. Wochenschrift, Leipzig 1914, Bd. LVIII, S. 372.

Harald Boas und **Henning Rönne.** Untersuchungen über familiäre Syphilis bei parenchymatöser Keratitis. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, 1914, Bd. LII, S. 219.

Brisson. Recherches faites sur la réaction de Wassermann et sur les résultats obtenus par l'emploi du salvarsan et du néosalvarsan chez les femmes enceintes et les nouveau-nés. (Wassermannreaktion, Salvarsan und Neosalvarsan bei Schwangeren und Neugeborenen.) Thèse de Paris, 1913.

Louis Brot. La téno-synovite de la syphilis héréditaire précoce. (Die Tendovaginitis der Syphilis heredit. praecox.) Thèse de Paris, 1913, S. 88.

Franz Bruck. Gibt es eine paterne Vererbung der Syphilis? Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 1224.

Richard Buchwald. Lues hereditaria mit Hemiparese und beginnender Atrophie beider Sehnerven (wahrscheinlich Endarteritis luetica). Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XII, S. 203.

— Defekt des Septum nasi bei Lues hereditaria. (Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XII, S. 204.

C. Chatelin. Mort subite d'un hérédo-spécifique au cœur d'un examen radioscopique. (Plötzlicher Tod eines erbsyphilitischen Kindes während der Röntgenuntersuchung.) Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 296.

L. Chiaravalloti. Sul comportamento della formola emoleucocitaria nell'eredo sifilide. (Leukozytäre Formel bei hereditärer Syphilis.) La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 881.

George H. Day. Two cases of congenital syphilis, in one of which glycosuria was a predominating symptom. (Zwei Fälle von kongenitaler Syphilis; in dem einen bestand als hervorstechendes Symptom eine Glykosurie.) Urol. and Cut. Rev., 1914, Bd. XVIII, S. 13.

Delèarde et **Cantrainne.** Un cas de paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique chez un enfant de huit ans. (Fall von hereditär-syphilitischer spastischer Paraplegie bei einem 8jährigen Kind.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 291.

Pedro Ernesto Duprat. Priapismo congenito familiar por heredosifilis. (Kongenitaler familiärer Priapismus infolge hereditärer Syphilis.) Rev. med. del Uruguay, März 1913.

Giroux. Maladie de Raynaud et syphilis. Ann. d. Maladies vénériennes, 1913, Dezember, S. 881.

Felix Glaser. Syphilis haemorrhagica hereditaria oder Säuglings-Raynaud? Med. Klinik, Berlin 1914, Bd. X, S. 1136.

Erich Hoffmann. Über eine zweckmäßige Kombination von Quecksilber und Salvarsan zur wirksamen Behandlung angeborener Syphilis. Dermatol. Zeitschr., 1914, Bd. XXI, S. 508.

Huguet. Observations et réflexions sur la paralysie générale dans le jeune âge et la syphilis héréditaire. (Über allgemeine Paralyse und hereditäre Syphilis in jugendlichem Alter.) Thèse de Paris, 1913.

Knoepfelmacher. Ein Fall von hereditär-luetischer zerebraler Erkrankung. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, S. 177.

L. Köhler. Histologische Untersuchungen am kongenitalluetischen Zahnkeim. Dissert., Heidelberg 1913.

R. Ledermann. Lues congenita und Serodiagnostik. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 176.

Fritz Lesser und **Richard Klages.** Über ein eigenartiges Verhalten syphilitischer Neugeborener gegenüber der Wassermannreaktion. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 1309.

Fritz Magyar. Gonitis luetica bilateralis bei einem 10jährigen Knaben. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XII, S. 201.

— Gonitis serosa luetica bilateralis bei einem 6jährigen Mädchen. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XII, S. 202.

Enrico Mensi. Nuove osservazioni sulla reazione del Wassermann e sull' azione terapeutica del salvarsan nella sifilide ereditaria. (Neue Beobachtungen über die Wassermannreaktion und die therapeutische Wirkung des Salvarsans bei kongenitaler Syphilis.) Rif. med., 1913, Bd. XXIX, S. 1236.

H. Méry et **G. Heuyer.** Hérédo-syphilis des deux tibias à forme inflammatoire. (Entzündliche Form einer hereditär-luetischen Erkrankung beider Tibien.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, Bd. XVI, S. 319.

— Hérédo-syphilis des deux tibias à forme inflammatoire. (Entzündliche Erscheinungen an beiden Tibien bei Syphilis congenita.) Ann. de méd. et chir. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 441.

H. v. Mettenheimer. Latente Lues im Säuglings- und Kindesalter. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Bd. XI, S. 289.

J. Milhit. Dilatations bronchiques et hérédo-syphilis chez l'enfant. (Bronchiektasie und Heredosyphilis beim Kind.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 105.

R. Neurath. Meningocephalitis heredosyphilitica. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 158.

Max Nonne. Über Syphilis congenita in dritter Generation. (In Festschrift d. Eppendorfer Krankenhauses, red. v. L. Brauer.) Leipzig und Hamburg 1914.

Péhu et **Gardère.** Sur un cas d'encéphalite aiguë avec présence du tréponème au niveau des lésions chez un enfant de deux ans hérédosyphilitique. (Ein Fall von akuter Enzephalitis mit Nachweis von Spirochaete pallida im Krankheitsherd bei einem zweijährigen hereditär-syphilitischen Kinde.) Pédiatrie prat., 1914, Bd. XII, S. 186.

Rinaldo Pellegrini. Contributo alla conoscenza delle leucocefaliti negli eredosifilitici. (Beitrag zur Kenntnis der Enzephalitis der weißen Hirnsubstanz bei Heredosyphilitikern.) Morgagni Tl., 1914, Bd. LVI, S. 134.

Philbert. Aspects radiographiques de syphilis héréditaire, tuberculeuse et ostéomyélite diaphysaires des os longs chez l'enfant. (Radiographische Bilder von hereditärer Syphilis, Tuberkulose und Osteomyelitis der Diaphysen der Röhrenknochen beim Kind.) Thèse de Paris, 1913.

Halina Przedpelska. Untersuchungen über das Verhalten des Liquors cerebrospinalis bei älteren Heredosyphilitikern. Wiener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXIV, S. 505.

Rietschel. Fortschritte auf dem Gebiete der Pathologie und Therapie der kongenitalen Syphilis. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Bd. XI, S. 161.

Hans Rietschel. Das Problem der Übertragung der angeborenen Syphilis. Ergebn. d. inn. Med., Berlin 1913, Bd. XII, S. 160.

Silvio de Stefano. Idrocefalo e sifilide. (Hydrocephalus und Syphilis.) Gazz. intern. di med.-chir., 1913, S. 1209.

R. Tochterman. Contribution à l'étude de la syphilis acquise chez l'enfant. (Über erworbene Syphilis beim Kind.) Dissert., Genève 1913.

— Contribution à l'étude de la syphilis acquise chez l'enfant. Genève, Zoellner, S. A., 1913; Inaug.-Dissert., Genf, Thèse med., 1912/13.

Philip Turner. Syphilitic cirrhosis of the liver. Ascites. Talma-Morison operation. Arthritis of the knee. (Syphilitische Leberzirrhose. Aszites. Operation nach Talma-Morison. Kniegelenkentzündung.) Proc. of the Roy. Soc. of Med., London 1914, Bd. VII, S. 124.

Giovanni Valtancoli. Contributo clinico all' importanza della radiografia nella sifilide ereditaria tradiva delle ossa lunghe. (Bedeutung der Radiographie bei hereditärer Spätsyphilis der langen Knochen.) Arch. di ortop., 1913, Bd. XXX, S. 688.

B. Watanabe. Pathologisch-anatomischer Befund bei Keratitis parenchymatosa syphilitica congenita mit besonderer Berücksichtigung der Neubildung von Bindegewebe an der Hinterfläche der Hornhaut. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1914, Bd. LII, S. 108.

Guido Werlich. Über Myocarditis syphilitica congenita. Dissert., Kiel 1913.

Zirkulationsapparat.

M. Abelmann. Diagnose und Prognose der angeborenen Herzfehler. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 143.

Abrahams. Valvular disease in infancy and childhood. (Herzklappenerkrankung im Kindesalter.) New York Med. Journ., 18. Juli 1914. Wachenheim (New York).

Alfred Arnstein. Durchbruch eines Aneurysmas des Aortenbogens in die Vena cava superior, rechtsseitige Zwerchfellslähmung infolge Kompression des rechten Nervus phrenicus durch das Aneurysma. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 104.

Eugen Bibergeil. Über eine atypische Form familiärer Myopathie des Kindesalters. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 1914, Bd. XXII, S. 411.

Germain Blechmann. Les épanchements du péricarde. Thèse de Paris, 19. Februar 1913, S. 350.

D. B. Boks. Trophoedème oedème congénital familial des extrémités inférieures. (Angeborenes, familiäres, trophisches Ödem der unteren Extremitäten.) Nouv. iconogr. de la salpêtr., 1914, Bd. VI, S. 480.

M. Brelet. Les cardiopathies des enfants. (Die Herzleiden der Kinder.) Gazz. des hôp. civ. et milit., 1914, Bd. LXXXVII, S. 568.

Campergue. Contribution à l'étude de la cyanose congénitale. (Zur Kenntnis der kongenitalen Zyanose.) Thèse de Paris, 1913.

Floyd M. Crandall. Endocarditis in children. (Endokarditis bei Kindern.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 657.

Charles Hunter Dunn. Cardiac disease in childhhood, with special reference to prognosis. (Herzkrankheiten im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Prognose.) Transact. of the Amer. Pediatrics, Soc., 1914, Bd. XXV, S. 237.

L. Dünner. Zur Klinik und pathologischen Anatomie der angeborenen Herzfehler. Zeitschr. f. klin. Med., LXXX, S. 217.

Samuel G. Ehrenreich. A case of auricular fibrillation in a child. (Ein Fall von Vorhof-flimmern bei einem Kind.) New York Med. Journ., 1914, Bd. IC, S. 26.

Carlo Gamma. Über einen Fall von mehrfachen Mißbildungen des Herzens und der großen Gefäße. Zentralbl. f. Herzkrankh., Dresden 1914, Bd. VI, S. 297.

Grandjean. De la cyanose congénitale sans signes d'auscultation. (Kongenitale Zyanose ohne Auskultationsbefund.) La clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 368.

Guinon und **Malarte** Note sur le diagnostic de la péricardite avec épanchement et sur la ponction du péricarde par la méthode de Marfan. (Diagnose der Perikarditis mit Exsudat und die Punktion des Perikards nach Marfan.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, S. 187.

Albert Häberle. Über angeborene Pulmonalatresie und Aortenstenose. Zeitschr. f. Geburtsh., Stuttgart 1913, Bd. LXXV, S. 124.

Archibald W. Harrington. Case of patent ductus arteriosus. (Ein Fall von offenem Ductus arteriosus.) Glasgow Med. Journ., 1914, Bd. LXXXI, S. 101.

Fritz Heller und **Georg B. Gruber.** Beitrag zur Kasuistik der Herzmißbildungen. (Transposition des Ostiums der Aorta nach rechts und pulmonale Konusstenose bei Defekt im Septum ventriculorum; abnorme Entwicklung der rechten Arteria subclavia und vertebralis.) Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 337.

Robert Hutchison and **John Parkinson.** Paroxysmal tachycardia in a child aged $2^3/_4$ years. (Paroxysmale Tachykardie bei einem $2^3/_4$ Jahre alten Kinde.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1914, Bd. XI, S. 241.

Rudolf Jaffé. Über einen Fall von Arterionekrose bei einem Neugeborenen. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1914, Bd. XV, S. 118.

Hans Januschke. Ein Fall von zweifach bedingtem Hydrops und seine pharmakologische Beeinflussung. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 5.

Eleanor C. Jones. Chronic infective endocarditis. (Chronische infektiöse Endokarditis.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 691.

Jones and **Meine.** Chronic infective endocarditis. Arch. of Pediatrics, September 1914. Wachenheim (New York).

W. Lahm. Zur Frage des Hydrops universalis congenitus. Arch. f. Gynäkol., 1914, Bd. CII, S. 284.

Ch. Laubry und **Pezzi.** Étude de deux cas de rétrécissement congénital de l'orifice aortique. Soc. méd. des hôp. de Paris, 26. Juni 1914.

G. Leendertz. Zur Kasuistik der angeborenen allgemeinen Wassersucht. Dissert., München 1913.

Maurice Letulle. Affections congénitales du cœur et leur pathogénie. (Angeborene Herzaffektionen. Ihre Pathogenese.) La Presse méd., 1914, Nr. 45, S. 432.

Maurice Letulle et **Chaussé.** Les malformations congénitales du cœur, éclairées par la pathologie comparée; esquisse pathogénique. (Kongenitale Herzmißbildungen vom Standpunkte der vergleichenden Anatomie.) Soc. méd. des hôp. de Paris, 5. Juni 1914; Bull. et mém. de la Soc. méd des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXX, S. 1112.

Georg Linzenmeier. Der Verschluß des Ductus arteriosus Botalli nach der Geburt des Kindes. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1914, Bd. LXXVI, S. 217.

A. Lohmann und **Eduard Müller.** Das Elektrokardiogramm bei angeborenen Herzfehlern (nebst experimentellen Studien über die Beeinflussung desselben durch künstliche Lageveränderungen des Herzens). Marburg, Sitzungsber. d. Naturw.-Ges., 1913 (1914), S. 98.

William P. Lucas and **Mark H. Wentworth.** Treatment of rheumatic endocarditis from an outpatient department standpoint. (Behandlung der rheumatischen Endokarditis vom Standpunkte des Poliklinikers.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 41.

Wilhelm Lutz. Zur Lehre der allgemeinen Wassersucht des Neugeborenen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Bd. XLIV. S. 330.

M. S. Masloff. Zur Frage über die Entwicklung der großen Gefäße (der Aorta und der Art. brachialis) beim menschlichen Embryo. Arch. f. mikroskop. Anat., 1914, Bd. LXXXIV, S. 351.

J. Matko. Milzpulsation bei einem Vitium cordis mit organischer Trikuspidalinsuffizienz und Mediastinitis fibrosa. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., in Wien 1913, Bd. XII, S. 236.

H. Méry, H. Salin et **A. Wilborts.** Asystolie à répétition consécutive à la dilatation aiguë primitive du cœur chez l'enfant. (Wiederholt auftretende Asystolie im Gefolge von akuter Herzdilatation beim Kinde.) Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXX. S. 457.

Valerie Nadel. Ein Fall von Flimmerarhythmie im Kindesalter. Mitteilungen d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., in Wien 1914. Bd. XII, S. 210.

Paul Neuda. Zwei Fälle von Quinckeschem Ödem. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien 1914, Bd. XIII, S. 101.

W. Niemyska. Über Endocarditis parietalis congenita. Dissert., Zürich, 1913.

Nobécourt. Cardiopathies de l'enfance. (Herzkrankheiten im Kindesalter.) Paris, O. Berthier, 1914.

— Prophylaxie et traitement des cardiopathies organiques dans l'enfance. (Prophylaxe und Behandlung der organischen Herzerkrankungen im Kindesalter.) Journ. de méd. de Paris, 1914. Bd. XXXIV, S. 47.

— Prophylaxie et traitement des cardiopathies fonctionnelles chez les enfants. (Prophylaxe und Behandlung der funktionellen Herzstörungen bei Kindern.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII. S. 995.

Edmund Nobel. Aneurysma der Bauchaorta bei einem 8jährigen Mädchen nach Schußverletzung. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XII, S. 209.

A. Pic, P. Dufour et **P. Durand.** Cyanose congénitale tardive à forme fruste. (Forme fruste einer spät aufttretenden „kongenitalen Zyanose".) Lyon méd., 1914, Bd. CXXII. S. 392.

Martha Plaut. Über zwei weitere Fälle von Defekt des Herzbeutels. Dissert., München 1912, S. 23.

Jane I. Robertson. Four cases of congenital deformity of the heart due to anomalous mechanical influences in the malformed foetus. (Vier Fälle von angeborener Herzmißbildung, verursacht durch mechanische Anomalien.) Journ. of Pathol. and Bacteriol., 1913. Bd. XVIII, S. 211.

Shiro Sato. Über die Entwicklung der Artrioventrikularklappen und der Pars membranacea unter Berücksichtigung zugehöriger Herzmißbildungen. Anat. Hefte, Wiesbaden 1914, Bd. L, S. 193.

Fritz Schroeder. Zwei Fälle von Atresia ostii aortae congenita. Dissert., Marburg, 1913, S. 59.

Helene Schuster. Haemangioma cavernosum im Herzen eines Neugeborenen. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med., 1914, Bd. CCXV, S. 335.

Hans Schütz. Einige Fälle von Entwicklungsanomalie der Vena cava superior. (Persistenz des linken Ductus Cuvieri.) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med., 1914, Bd. CCXVI, S. 35.

Albert Sighart. Über Arterienthrombose nach Infektionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Dissert., München, Fürstenfeldbruck 1913, S. 29.

Richard M. Smith. Family incidence of endocarditis in children. (Familiäres Vorkommen von Endokarditis bei Kindern.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 842.

Richard Stumpf. Über die Entartungsvorgänge in der Aorta des Kindes und ihre Beziehungen zur Arteriosklerose. Beitr. pathol. z. Anat., Jena 1914, Bd. LIX, S. 390.

Georg Tron. Über die verschiedenen Arten des Offenbleibens des Foramen Botalli im extrauterinen Leben. Anatomische Untersuchungen. Anat. Anzeiger, Jena 1914, Bd. XLVI, S. 348.

G. Variot und **Lorenz Monod.** Retrécissement congénital de l'artère pulmonaire. Sans cyanose, avec nanisme très prononcé. (Kongenitale Verengerung der Arteria pulmonalis ohne Zyanose mit deutlichem Zwergwuchs.) La clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 80.

— Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire sans cyanose avec nanisme très prononcé. Examen radiographique. Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1913, S. 517.

Leonard Waterman. A review of the literature on osmosis and edema in infancy and childhood. Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 135.

E. Weill. R. Leriche et **G. Mouriquand.** Opération de Brauer dans un cas d'asystolie irréductible chez l'enfant. (Brauersche Operation in einem Falle von unbeeinflußbarer Asystolie beim Kinde.) Pédiatrie prat., 1914, Bd. XII, S. 188.

Albrecht Westermann. Ein Fall von Offenbleiben des Foramen ovale mit gleichzeitiger ventrikelsystolischer Venenpulsation hervorgerufen durch Mitralinsuffizienz. Dissert., Berlin 1913.

Wirth. Aortenaneurysma mit beiderseitiger Läsion des Halssympathikus. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien 1914, Bd. XIII, S. 95.

Amandus Wirth. Ein Fall von totaler Persistenz des Truncus arteriosus communis. Dissert., Gießen 1912, S. 33.

Respirationsorgane.

Alger. The pneumonias of childhood. (Pneumonie im Kindesalter.) Pennsylvania Med. Journ., August 1914.

Wachenheim (New York).

Bataille. La symphyse pleurale chez l'enfant. (Die Pleuraverwachsung beim Kind.) Thèse de Paris, 1913, Nr. 367, S. 102.

Sargnon Bérard et **Bessière.** Tige de graminée dans la bifurcation inférieure de la bronche droite chez un enfant. Ablation par trachéotomie transversale et bronchoscopies. Guérison. (Grashalme in der unteren Bifurkation des rechten Bronchus bei einem Kind. Entfernung durch Tracheotomia transversalis und Bronchoskopie. Heilung.) Lyon méd. 1914 Bd. CXXII S. 681.

Berthomieu. Contribution à l'étude de la pleurésie chez les enfants. (Zur Kenntnis der kindlichen Pleuritis.) Thèse de Montpellier 1913.

F. Chevrel. Un cas de pleurésie chyliforme chez un enfant de cinq ans. (Ein Fall von chylöser Pleuritis bei einem 5jährigen Kind.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris 1913, Bd. XXIX, S. 741.

Rufus Cole und **A. R. Dochez.** Report of studies on pneumonia. (Untersuchungen über die Pneumonie.) Transact. of the Amer. Assoc. of Physic., 1913, Bd. XXVIII, S. 606.

John Cowan, Arch. W. Harrington and **J. W. Riddell.** On pneumo-pericardium. (Über Pneumoperikardium.) Quart. Journ. of Med., 1914, Bd. VII, S. 165.

Dowd. The surgical treatment of empyema. (Chirurgische Behandlung des Empyems.) New York State Journ. of Med., Juli 1914.

Verf. betont die Vorzüge der Rippenresektion.

Wachenheim (New York).

H. G. Melville Dunlop. Empyema in children. Edinburgh Med. Journ., 1914, Bd. XIII, S. 1.

Giraud. A propos d'un cas d'emphysème sous-cutané au cours d'une bronchopneumonie chez un enfant. (Ein Fall von Hautemphysem

im Verlauf einer Bronchopneumonie beim Kinde.) Soc. des scienc. méd. de Montpellier, S. 27, Februar 1914.

Adolf F. Hecht. Das Morgagni-Adams-Stokessche Syndrom im Kindesalter und seine Behandlung. Wiener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXIV, S. 178.

Briz Hernandez. Das Diphtherieheilserum in der Behandlung der Bronchopneumonie der Brustkinder. Rev. de med. y cir. pract., 1914, Bd. XXXVIII, S. 260.

Jadwiga Heryng. Der Einfluß der Jahreszeit auf die Krankheiten der Atmungsorgane bei den Kindern. (Mit sechs Tafeln im Text.) Krakau, Drukarina Narodowa, 1913, Inaug.-Dissert., Zürich.

Huber and **Berkowitz.** Primary pulmonary actinomycosis in a child aged 10. (Primäre Lungenaktinomykose bei einem 10jährigen Kinde.) Amer. Journ. of Dis. Child., August 1914.
Wachenheim (New York).

Ludwig Jehle. Die Bronchialerkrankungen im Kindesalter. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 49.

Kerley. Recurrent bronchitis in children. (Rezidivierende Bronchitis.) Arch. of Pediatrics, Oktober 1914.
Verf. will eine Hauptursache im übermäßigen Gebrauch von Rohrzucker finden. Wachenheim (New York).

Edmund Nobel. Ausgeheilte chronische nichttuberkulöse Pneumonie. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XII, S. 209.

Orlisse. Contribution à l'étude de la pneumonie dans la scarlatine. (Scharlachpneumonie.) Thèse de Paris, 1913.

Paolo Pozzato. Intervento chirurgico per un ascesso polmonare in bambino lattante. (Lungenabszeß bei einem Säugling; operiert, geheilt.) Gaazz. osped. e d. clin., 1914, Bd. XXXV, S. 473.

Egon Raeh. Zur Semiotik des Stridors bei Kinderkrankheiten. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 1.

— Zur Radiologie pleuraler Ergüsse bei Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XII, S. 1.

B. K. Rachford. Treatment of recurrent sibilant bronchitis. (Behandlung der rezidivierenden Bronchitis.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 488.

Ribadeau-Dumas, Philbert und **Wolfrom.** Sur un syndrome de réinfection au décours des états bronchopulmonaires de la prèmiere enfance. (Syndrom von Reinfektion beim Rückgang der Bronchopneumonie im ersten Kindesalter.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, S. 548.

S. Riva-Rocci. Una complicazione rara della polmonite crupale infantile. (Eine seltene Komplikation der kruppösen Pneumonie der Kinder.) Gazz. med. ital., 1914, Bd. LXV, S. 241.

Schottmüller. Staphylomykose der Luftwege und Lunge im Kindesalter. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh u. z. Immunitätsforsch., 1914, Bd. III, S. 361.

Smith and **Sweet.** Examination of the chest in children. (Untersuchung der Brust bei Kindern.) Amer. Journ. of Dis. Child., September 1914. Wachenheim (New York).

L. M. Spolverini. Sulla etiologa e terapia dell' asma essenziale nei bambini. Riv. di clin. pediatrica, Oktober 1913.

Stepp. Zur Behandlung der Bronchitis und Pneumonie bei Kindern. Fortschr. d. Med., 1914, Bd. XXXII, S. 89.

Ernst Weber. Neue Untersuchungen über experimentelles Asthma und die Innervation der Bronchialmuskeln. Arch. f. Anat. u. Physiol., 1914, S. 63.

Alfred Wiegand. Über Pneumonie im Kindesalter. Statistische Ergebnisse aus dem Material der Universitätskinderpoliklinik zu Halle. Dissert., Halle-Wittenberg 1914, S. 54.

Wynkoop. Some thoughts on the atypical pneumonias of infancy and childhood. (Atypische Pneumonie im Kindesalter.) New York State Journ of Med., September 1914. Wachenheim (New York).

Broncho-Pneumonie simulant le croup. Révue générale. Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 452.

Blut und blutbildende Organe.

Collatino Cantieri. La terapia colesterinica in un caso di anemia splenica dei bambini. (Die Cholesterintherapie in einem Fall von Anaemia splenica beim Kind.) Riv, di clin. pediatrica, 1914, Bd. XII. S. 15.

G. Caronia. Contributo alla conoscenza dell' etiologia e patogenesi dell' anemia splenica nell' infanzia. (Zur Ätiologie und Pathogenese der Anaemia splenica beim Kinde.) La pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 752.

G. di Cristina. Ulteriori osservazioni sull' anemia infantile con speciale riguardo alla etiologia ed alla patogenese. (Über infantile Anämie insbesondere ihre Ätiologie und Pathogenese.) La pediatria Nr. 10, 1913.

— Contributo clinico ed anatomo-pathologico allo studio del cloroma. (Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium des Chloroms.) La pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 722.

Adolfo Ferrata und **de Negreiros-Rinaldi.** Über die lymphoiden Vorstufen der hämoglobinhaltigen Normoblasten und Megaloblasten beim Embryo und beim Erwachsenen in normalem und pathologischem Zustand. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med., 1914, Bd. CXV, S. 77.

Adolf Frese. Akute Leukämie beim Kinde. Dissert., Greifswald 1913.

F. Götzky und **S. Isaac.** Zur Kenntnis der familiären hämolytischen Anämie und über die Bedeutung des konstitutionellen Moments in ihrer Pathogenese. Fol. hämatol. Archiv, 1913, Bd. XVII, S. 128.

Hans Häsele. Ein Fall von aleukämischer Myelose. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 105.

Karl Kassowitz. Akute lymphatische Leukämie mit Diphtherie. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII. S. 175.

Masanobu Kusunoki. Die perniziöse Anämie im früheren Kindesalter. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Bd. XLIV, S. 833.

Heinrich Lehndorff. Agonale Sepsis mit dem Blutbilde einer akuten Mikromyeloblastenleukämie. Mitteil. d. Ges. f. Kinderheilk. in Wien, 1914, S. XIII, S. 171.

Marcel Maillet. Diagnostic et traitement des anémies simples de la première enfance. La Presse méd., 1914, S. 527.

Edmund Nobel. Ein Fall von fraglicher akuter lymphatischer Leukämie bei einem 1¼ Jahre alten Kinde. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 174.

Maurice Péhu und **Joseph Chalier.** Deux cas de leucémie aiguë infantile à formule sanguine anormale. (Zwei Fälle von akuter Leukämie mit anormalem Blutbild beim Säugling.) Arch. de méd. des enfants. . 1914, Bd. XVII, S. 254.

Ernst Stettner. Über schwere Anämie im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXXX, S. 467.

Triboulet, Albert Weil et **Paraf.** Purpura, pseudo-hémophilie, épistaxis répétées, insuccés différentes thérapeutiques. Radiothérapie. Guérison. Journ. de physiothérap, Jänner 1913, Nr. 121, S. 13.

Jean Troisier et **Julien Huber.** Anémies hémolysiniques et transmission héréditaire des hémolysines chez l'homme. (Anämien durch Hämolysine und Übergang dieser von der Mutter auf das Kind.) Journ. de physiol. et de pathol. gén., 1914, Bd. XVI, S. 483.

R. von den Velden. Klinisch-experimentelle Untersuchungen bei Hämophilie. (Ein Beitrag zur Telehämostypsis.) Deutsches Arch. f. klin. Med., 1914, Bd. CXIV, S. 249.

G. E. Windmüller. Purpura rheumatica in Form einer kleinen Epidemie bei Kindern. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz en v. Kindergeneesk., 1913, Bd. II, S. 587.

Alfred Wolff. Essentielle (perniziöse) Anämie und Gestationsvorgänge. Deutsche med. Wochensch., 1914, Bd. XL, S. 643.

Lymphatischer Apparat.

E. Albert-Weil. La radiographie presque instantanée des adénopathies trachéobronchiques. (Kurzzeitige Radiographien tracheobronchialer Drüsen.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1913, S. 528.

F. Balzer et **Mlle. Landesmann.** Anédopathie cervicale scrofulo-tuberculeuse, érythème noueux des jambes coexistant avec une eruption de lichen scrofulosorum. (Skrophulo-tuberkulöse Erkrankung der Zervikaldrüsen, Erythema nodosum der unteren Extremität mit gleichzeitiger Eruption von Lichen scrophulosorum.) Soc. de derdermatol. et de syphil. 6. Mai 1913.

Frederic A. Besley. Elephantiasis congenitalis lymphangiectatica. With the report of case from the service of Dr. Besley and a pathological report by Harry Jackson, M. D., of the Northwestern university medical school, department of pathology. (Angeborene Elephantiasis lymphangiectatica. Mit Bericht über einen Fall aus der Praxis des Dr. Besley und einem pathologischen Bericht von Dr. Harry Jackson von der Abteilung für Pathologie der Medizinschule der Northwestern University.) Surg., Gynecol. and Obstetr., 1914, Bd. XVIII, S. 314.

G. Caronia. Morte per soffocazione in seguito ad apertura e versamento in trachea di ghiandole linfatiche caseificate. (Erstickungstod durch Perforation verkäster Lymphdrüsen in die Trachea.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 441.

Gerhard Hutchison Cocks. The results of tonsil operations on public school children in New York City. A study based upon the examination of over one hundred children selected from the department of health records of cases recently operated on in the local hospitals and dispensaries. (Resultate von Tonsillenoperationen bei Gemeindeschulkindern in New York. Auf Grund einer Untersuchung von über 100 Kindern, die nach den Listen des städtischen Gesundheitsamtes kurz vorher in Krankenhäusern oder Polikliniken operiert waren.) New York Med. Journ., 1914, Bd. XCIX, S. 113.

A. Corlea. Il segno di Hochsinger nella diagnosi di adenopatia tracheo-bronchiale nel lattante. (Das Hochsingersche Zeichen in der Diagnose der Tracheobronchialdrüsenerkrankung beim Säugling.) La pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 850.

John C. Da Costa. Dorsal percussion in enlargements of the tracheobronchial glands. (Dorsalperkussion bei Vergrößerung der Tracheobronchialdrüsen.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1913, Bd. CXLVI, S. 660.

W. T. Mc Curry. Indications and contra-indications for removal of tonsils. (Indikationen und Kontraindikationen für die Entfernung der Tonsillen.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 502.

Berta Erlanger. Zur Kenntnis des angeborenen lymphangiektatischen Ödems. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 333.

Masanobu Kusunoki. Zur Ätiologie der Lymphomatosis granulomatosa. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. klin. Med., 1914, Bd. CCXV, S. 184.

Lucas. The diagnosis, significance and treatment of bronchial lymphnodes in infancy and childhood. (Diagnose, Bedeutung und Behandlung der Bronchialdrüsen im Kindesalter.) California State Journ. of Med., August 1914. Wachenheim (New York.)

S. Maggiore. Il circolo collaterale toracico nella diagnosi di adenopatia tracheo-bronchiale. (Der thorakale Kollateralkreislauf in der Diagnose der tracheobronchialen Adenopathie.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 401.

E. J. Moure. De l'hypertrophie aigue des amygdales (adénite amygdalienne aigue). (Über die akute Hypertrophie der Mandeln [akute Adenitis der Mandeln].) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol., 1913, Bd. XXXIV, S. 689.

Marcel Natier. Fausses récidives de végétations adénoides chez l'enfant et gymnastique respiratoire. (Fälschlich angenommenes Rezidiv der adenoiden Vegetationen beim Kind und Atemgymnastik.) Journ. de méd., de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 981.

R. Neurath. Angeborenes Lymphangiom. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 159.

Pradal. L'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant. (Tracheobronchitische Adenopathie beim Kind.) Thèse de Montpellier, 1913.

Egon Rach. Inspiratorische Verziehung des Mediastinums als Symptom intumeszierender Bronchialdrüsentuberkulose bei einem 2jährigen Kinde. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 159.

W. Steuart. The treatment of adenoids and enlarged tonsils without operation. (Operative Behandlung der Adenoiden und hypertrophischer Tonsillen.) The Brit. Med. Journ., 31. Mai 1913.

Fritz Tedesko. Bedeutung der Tonsillen für die Allgemeininfektion. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 244.

Siegfried Tenzer. Einiges zur Tonsillektomiefrage unter Berücksichtigung unserer bisherigen Resultate an tonsillektomierten Kindern. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 1936.

Max Toeplitz. Die Häufigkeit der Gaumen- und Rachenmandelhyperplasie nach Untersuchungen an 500 Knaben einer Besserungsanstalt. Arch. f. Laringol. u. Rhinol., 1913, Bd. XXVIII, S. 173.

Marg. Weinberg. Die Resultate der Rachenmandeloperationen an amerikanischen Schulkindern. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914. Bd. XXVII, S. 564.

Innere Sekretion.

Hans Albrecht. Der asthenische Infantilismus des weiblichen Geschlechts und seine Bedeutung für die ärztliche Praxis. Med. Klinik, 1914. Bd. X, S. 628.

Beckmann. Tumor der Nebenniere. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien 1914, Bd. XIII, S. 110.

William N. Berkeley. The use of pineal gland in the treatment of certain classes of defective children. (Die Verwendung der Zirbeldrüse in der Behandlung gewisser Klassen defekter Kinder.) Med. Record. 1914, Bd. LXXXV, S. 513.

Richard Bieling. Der Einfluß von Extrakten endokriner Drüsen auf den Mineralstoffwechsel und das Blutbild rachitischer Säuglinge. Biochem. Zeitschr., 1914, Bd. LXIII, S. 95.

K. E. Boehncke und **Richard Koch.** Veränderungen an der Hypophysis cerebri durch Diphtherietoxin im Tierexperiment. Zeitschr. f. Immunität. f. exper. u. exper. Therap., 1914, Bd. XXI, S. 1.

Z. Brind. Ein Fall von Riesenwuchs mit Atrophie der Geschlechtsorgane. Arch. f. klin. Chir., Berlin 1914, Bd. CIII, S. 715.

Giuseppe Cavaquis. Contributo clinico e sperimentale allo studio della secrezione interna mammaria. (Klinischer und experimenteller Beitrag zum Studium der inneren Sekretion der Brustdrüsen.) Ann. di ostetr. e ginecol., 1913, Bd. XXXV, S. 563.

H. C. Clark und **Alfred G. Farmer.** A case of congenital cyst of the thyroid gland, in a child aged 1 year, producing death by asphyxiation. (Ein Fall von kongenitaler Schilddrüsenzyste bei einem

1jährigen Kinde, als Ursache des Todes an Asphyxie.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 408.

G. Fiore e **U. Franchetti.** Studi sperimentali sul timo. Un nuovo metodo per lo studio dell' evoluzione e delle funzioni del timo. (Experimentelle Untersuchungen über den Thymus. Neue Methode für die Untersuchungen der Entwicklung und des Thymus.) Sperimentale, 1914, Bd. LXVIII, S. 237.

Kurt Goldstein. Zwei Geschwister mit Myxidiotie und vorhandener, sicher nicht grob veränderter Schilddrüse. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Leipzig 1913, Bd. XLIX, S. 103.

Hans v. Haberer. Über die klinische Bedeutung der Thymusdrüse (mit spezieller Berücksichtigung des Morbus Basedowii und des Status thymicus). Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 1087.

Heinrich Klose. Thymusdrüse und Rachitis. Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat., 1914, Bd. XXV, S. 1.

M. Landau. Die Nebenniere bei Anenzephalie. Verh. d. Deutschen pathol. Ges., Jena 1913, Bd. XVI, S. 301.

Sidney Lange. The present status of the X-ray therapy of enlarged thymus. (Der gegenwärtige Stand der Röntgentherapie bei vergrößerter Thymus.) Amer. Journ. of Roentgenol., 1913, Bd. I, S. 74.

Otto Lerch. A contribution on the thymus. (Ein Beitrag zur Thymusfrage.) Med. Record, 1914, Bd. LXXXV, S. 648.

William Howard Lewis. Juvenile hyperthyroidism. (Jugendlicher Hyperthyreoidismus.) Saint Paul Med. Journ., 1914, Bd. XVI, S. 91.

Ch. Mattéi. Anatomie pathologique des glandes à sécretion interne dans l'athrepsie. (Pathologische Anatomie der endokrinen Drüsen bei der Athrepsie.) Thèse de Doctorat, Montpellier 1914.

Hermann Matti. Die Beziehungen der Thymus zum Morbus Basedowii. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 1310 und 1365

Josef Meisel. Struma congenita bei einem 10 Tage alten Säugling. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XII, S. 200.

H. Méry et **G. Heuyer.** Syndrôme d'insuffisance surrénale aigue au cours d'une tuberculose surrénale latente et se manifestant à l'occasion d'une fièvre typhoide. (Syndrom der akuten Nebenniereninsuffizienz bei einer latenten Nebennierentuberkulose, das bei einem Typhus manifest wurde.) Ann. de méd. et chir. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 441.

Josef Novak. Die Rolle der Brustdrüsen in der Lehre von der innern Sekretion. Zentralbl. f. d. ges. Gynäkol. u. Geburtsh. sowie die Grenzgebiete, 1914, Bd. IV, S. 49.

Aceste Ollari. Contributo allo studio del timo nella patologia dell' infanzia. (Zum Studium des Thymus in der Pathologie des Kindesalters.) La pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 329.

C. G. Pfeiffenberger. Schulkinderuntersuchungen (Schilddrüsenstörungen) im Bezirke Imst. Verh. d. Ges. deutscher Naturforscher und Ärzte, 85. Vers., Wien 1913, 1914, S. 652.

S. Puresseff. Pathologisch-anatomische Veränderungen der Nebennieren bei akuten Infektionen. Dissert., Moskau 1914.

L. Pussep. Die operative Entfernung einer Zyste der Glandula pinealis. Neurol. Zentralbl., 1914, Bd. XXXIII, S. 560.

G. Rauliet. Goître exophtalmique chez une fillette de sept ans. Hérédité similaire. (Basedow bei einem 7jährigen Mädchen. Heredität.) Bull. et mém. la Soc. méd. des hôp. de Paris. 1914, Bd. XXX, S. 708.

H. D. Rolleston and **E. J. Boyd.** Addison's disease in a boy, with calcification of the adrenals, wit remarks. (Addisonsche Krankheit bei einem Knaben mit Verkalkung der Nebennieren, nebst Bemerkungen.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1914, S. XI, Bd. 105.

G. Rovere. Gli studi recenti sulla involuzione del timo. Rivista. (Neuere Untersuchungen über die Involution des Thymus.) Riv. di clin. pediatria, 1914, Bd. XII, S. 529.

Paul Saleeker. Über Infantilismus und ähnliche Entwicklungsstörungen. Charité Ann., Berlin 1913, Bd. XXXVII, S. 27.

Fernandez Sanz. Kindlicher Basedow. Rev. de med. y cir. pract., 1914, Bd. XXXVIII, S. 113.

Hermann B. Sheffield. Über die toxische Wirkung des Hypophysisextraktes auf den Neugeborenen, wahrscheinlich durch die Muttermilch. Zentralbl. f. Kinderheilk., Leipzig 1914, Bd. XIX, S. 43.

Erich Stoerk. Thymusbestrahlung bei Morbus Basedowii. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 231.

R. Vaglio. Insufficienza glandolare endocrina ed eredosifilide. (Insuffizienz der endokrinen Drüsen und hereditären Syphilis.) La pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 1.

Voronoff. Greffe de la glande thyroide d'un singe à un enfant atteint de myxoedème. Acad. de méd. de Paris, 30. Juni 1914.

C. E. Zundel. Two cases of infantilism. (Zwei Fälle von Infantilismus.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VII, S. 1.

Verdauungstraktus.

W. Girling Ball. Case of cyst of the caecum in a child, aged 3 months, causing intestinal obstruction; resection of intestine; recovery. (Ein Fall von einer Zyste des Zökums bei einem 3monatigen Kinde, welche Darmverschluß verursacht hatte; Darmresektion. Heilung.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1914, Bd. XI, S. 259.

Baxter. Appendicitis in infancy. (Appendizitis im Säuglingsalter.) Illinois Med. Journ., Juni 1914. Wachenheim (New York).

Johannes Becker. Über Darminvagination bei Kindern. Arch. f. klin. Chir., 1913, Bd. CII, S. 1064.

R. Bensaude. et **E. Sorrel.** Six cas de mégacolon. Examens radiologique et radioscopique, considérations thérapeutiques. (Sechs Fälle von Megakolon. Radiologische und radioskopische Untersuchungen. — Therapeutische Betrachtungen.) Arch. de mal. de l'appar. dig. et de la nutrit., 1914, Bd. VIII, S. 1.

E. Bonnaire, G. Durante et **G. Ecalle.** Ulcère perforant du duodénum chez un nouveau-né. (Perforierendes Duodenalulkus bei einem Neugeborenen.) Gynécologie, 1914, Bd. XVIII, S. 161.

Boulanger. Contribution à l'étude de l'appendicite dans la première enfance. (Zur Kenntnis der Blinddarmentzündung im frühesten Alter.) Thèse de Paris, 1913.

Brion. L'invagination intestinale colo-colique aiguë chez l'enfant. (Akute Kolonvagination beim Kinde.) Thèse de Montpellier, 1913.

Carretier. Entérite aiguë et hémiplegie. (Akute Enteritis und Hemiplegie.) Pédiatrie prat., 1914, Bd. XII, S. 145.

— Entérite aiguë et hémiplegie. Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 445.

George Morrison Coates. Jackstones impacted in the esophagus. Report of 3 cases in four days. (Knöchelchen [Kinderspielzeug] im Ösophagus). One death. Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 610.

Commandeur. Hémorragie gastro-intestinale du nouveau-né par ulcération de l'estomac. Mort. (Gastrointestinale Hämorrhagie infolge Ulcus ventriculi.) Bull. de la Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris, 1913, Bd. II, S. 702.

G. Doberauer. Darmverschluß durch Spulwürmer. Prager med. Wochenschr., 1914, Bd. XXXIX, S. 197.

Richard Drachter. Zur Diagnose der Peritonitis im Säuglings- und Kindesalter. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 599.

Albert Fromme. Über Darminvaginationen und spastischen Ileus. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1914, Bd. CXXVI, S. 579.

Edouard Girardot. De la conduite à tenir dans les appendicites aiguës chez l'enfant. (Das Vorgehen bei akuter Appendizitis im Kindesalter.) Thèse de Paris, 1913, Nr. 61.

Emile Girou. L'appendicite chronique pure. Thèse de Paris, 25. Juni 1913, S. 190.

H. Tyrrell Gray. Recurrent intussusception: With suggestions as to the etiology. (Wiederholte Intussuszeption: Mit Vermutungen über die Ätiologie.) Lancet, 1914, Bd. CLXXXVI, S. 746.

H. M. W. Gray and **Alex. Mitchell.** A series of cases of appendicitis in children. (Eine Reihe von Appendizitisfällen bei Kindern.) Brit. Med. Journ., 1914, S. 409.

Franz M. Groedel. Die Invaginatio ileocoecalis im Röntgenbild. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, 1914, Bd. XXII, S. 206.

Guisez. Cas de spasma du cardia avec grande dilatation de l'œsophage chez une enfant de 8 ans. (Fall von Spasmus der Kardia mit beträchtlicher Dilatation der Speiseröhre bei einem 8jährigen Mädchen.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, Bd. XVI, S. 144.

Alfred F. Hess. The pylorus, pylorospasm and allied spasms in infants. (Pylorus, Pylorospasmus und verwandte Spasmen bei Säuglingen.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 184.

L. Emmett Holt. Duodenal ulcers in infancy. (Duodenalgeschwür bei Säuglingen.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 381.

A. Hougardy. Au cas de sténose pylorique avec hématémèses chez un nourrisson de trois semaines. Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison. (Ein Fall von Pylorusstenose mit Hämatemesen bei einem 3 Wochen alten Säugling. Gastro-Enterostomia posterior. — Heilung.) Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège, 1914, Bd. LIII, S. 80.

Hutinel. Spasmes périodiques du colon descendant chez l'enfant. (Periodische Spasmen des Colon descendens beim Kinde.) La Presse méd., 1914, Nr. 11, S. 105.

Hans Januschke. Einige physiologische Gesichtspunkte in der Behandlung des Magengeschwüres und verwandter Zustände. Therap. Monatsh., 1914, Bd. XXVIII, S. 244.

S. T. Irwin. Operation for intussusception complicated by measles and bronchopneumonia. The Brit. Med. Journ., 20. September 1913.

T. H. Kellock. Recurrence of intussusception. (Rezidiv von Intussuszeption.) The Lancet, 20. Juli 1912.

Knöpfelmacher. Ein Fall von Hirschsprungscher Krankheit. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 39.

— Papaverin bei Pylorospasmus. Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, Bd. XIII, S. 23.

Wilh. Knöpfelmacher und **Gertrude Bien.** Nabelkoliken und Ulcus duodeni. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 242.

Larozière. Rétrécissement spasmodique de l'œsophage chez un enfant de seize mois. (Krampfartige Verengerung der Speiseröhre bei einem 16 Monate alten Kinde.) Rev. hebdom. de laryngol. d'otol. et de rhinol., 1914, Bd. XXXV, S. 380.

O'Leary. Acute ileocolitis of infancy. (Akute Ileokolitis im Säuglingsalter.) Albany Med. Ann., Oktober 1914.

Wachenheim (New York).

A. Lechler. Zur Frage der Häufigkeit, Diagnose und neueren Behandlung der Spulwurmkrankheit bei Kindern. Dissert., Rostock 1913.

Rita Lichtenstein. 15 Fälle von Pylorospasmus der Säuglinge. Dissert., Berlin 1913.

Henry T. Machell. Hirschsprung's disease or congenital dilatation of the colon in a boy of three years: resection of colon; recovery. (Hirschsprungsche Krankheit oder kongenitale Dilatation des Dickdarms bei einem 3jährigen Knaben. Resektion des Dickdarms. Heilung.) Transact. of the Amer. Ped. Soc., 1914, Bd. XXV, S. 91.

Manning. Appendicitis in early childhood. (Appendizitis bei kleinen Kindern.) Northwest Med., Oktober 1914.

Wachenheim (New York).

John B. Manning. Appendicitis in early childhood. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 592.

Albert Mathieu. Etudes sur la pathologie de l'ulcus. 2. L'ulcus chez les jeunes. (Studien über das Magengeschwür. 2. Das Magengeschwür der Jungen.) Gaz. des hôp., 1914, Bd. LXXXVII, S. 213.

Eduard Melchior. Kongenitale tiefe Duodenalstenose bedingt durch Situs inversus partialis. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 1161.

L. Emmett Mock. Hookworm disease. (Hakenwurmkrankheit.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 362.

R. Monti. Ein Fall von Gangrän des Meckelschen Divertikels infolge Volvulus desselben. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med u. Kidnerheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 167.

P. Morély. Invagination intestinale. Elimination de l'anse intestinale invaginée. Ann. méd.-chir. de l'Auvergne, du Limousin et du Quercy; 1. Mai 1913, Nr. 3.

Morimoto. Über einen Fall von Melaena neonatorum infolge Volvulus des Dünndarmes. Dissert., München 1913.

W. H. Pepler. Report of a case of intussusception, and remarks with reference to early diagnosis and operation. (Ein Fall von Intussuszeption nebst Bemerkungen über Frühdiagnose und Operation.) Canadian Pract. and Rev., 1914, Bd. XXXIX, S. 281.

Phélip et Tartois. Péritonite aiguë généralisée par perforation spontanée d'un ulcus pylorique chez un garçon de 12 ans. (Akute generalisierte Peritonitis durch plötzliche Perforation eines Pylorusulkus bei einem 12jährigen Knaben.) Soc. anat. de Paris, 12. Dezember 1913.

Porte. Contribution à l'étude de la maladie de Hirschsprung. (Hirschsprungsche Krankheit.) Thèse de Paris, 1913.

H. Poeschel. Pathogenese und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit. Dissert., Freiburg i. Br. 1913.

J. Przedborski. Über einen interessanten Fall von Ascardiasis und Meningitis tuberculosa und über Wirkung des Oleum chenopodii auf Askariden. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1987.

Adolf Rheindorf. Ist die Oxyuries vermicularis imstande, aktiv die Prozessuswand zu durchdringen und ist sie ein blutsaugender Parasit? Zentralbl. f. Bakteriol., Jena 1914, Bd. LXXIV, S. 604.

Rudier. Le traitement du prolapsus du rectum chez l'enfant par la méthode de Thiersch. (Rektalprolaps beim Kinde, nach Thiersch behandelt.) Thèse de Bordeaux, 1913.

John Ruhräh. The treatment of pylorospasm in infancy. (Die Behandlung des Pylorospasmus im Säuglingsalter.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1914, Bd. CXLVII, S. 474.

Nicolas Sagredo. Vers et appendicite. (Würmer und Appendizitis.) Arch. de méd. exper. et d'anat. pathol., 1914, Bd. XXVI, S. 203.

— Würmer und Wurmfortsatzentzündung. Arbeiten a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. Bakteriol., 1914, Bd. IX, S. 225.

M. Savariaud. A propos des difficultés du diagnostic de l'appendicite chez les petits enfants. (Diagnostische Schwierigkeiten bei der Appendizitis kleiner Kinder.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, S. 79.

Scheltema. Pylorospasmus. Niederl. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. u. f. Kinderheilk., 1914, Bd. III, S. 306.

Schloessmann. Über chirurgische Erkrankungen durch Askariden. Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. XC, S. 531.

Charles L. Scudder. Stenosis of the pylorus in infancy. (Pylorusstenose im Säuglingsalter.) Ann. of Surg., 1914, Bd. LIX, S. 239.

Heinrich Spieth. Beitrag zur Askaridenerkrankung mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Giftwirkung. Zeitschr. f. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med., 1914, Bd. CCXV, S. 117.

T. S. Tirumurti. The vagrant habits of ascaris lumbricoides with the report of a case of interest. (Wanderungen des Ascaris lumbricoides und Bericht über eine interessante einschlägige Beobachtung.) Journ. of trop. Med. and Hyg., 1913, Bd. XVI, S. 379.

Victor Veau. Les diffecultés du diagnostic de l'appendicite chez les petits enfants. (Schwierigkeiten bei der Diagnostik der Appendizitis bei kleinen Kindern.) Ann. de méd. et chir. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 105.

Petit de la Villéon. Kyste congénital et polype du rectum chez deux enfants. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 23. Jänner 1914.

Wesley Grove Vincent. Acute appendicitis in infancy and childhood. (Akute Appendizitis im Säuglings- und Kindesalter.) Med. Record, 1914, Bd. LXXXV, S. 9.

Wilkerson. Intussusception. (Darminvagination.) Southern Med. Journ., Oktober 1914. Wachenheim (New York).

Leber und Gallenwege.

O. L. Castle. Primary carcinoma of the liver in childhood. With report of a case. (Primäres Leberkarzinom in der Kindheit.) Journ. of Surg., Gynecol. and Obstetr., 1914, Bd. XVIII, S. 477.

A. Chauffard. Pathogénie de l'ictère hémolytique congénital. (Pathogenese des kongenitalen hämolytischen Ikterus.) Ann. de méd., 1914, S. 3.

Theodore Ely. Two cases of cirrhosis of the liver in childhood. (Zwei Fälle von Leberzirrhose bei Kindern.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 542.

Eppinger. Zwei Fälle von familiärem Ikterus. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 246.

Adolf v. Falkowski. Über eigenartige mesenchymale Hämatome in Leber und Milz neben multiplen eruptiven Angiomen der Haut bei einem Säugling. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol., 1914, Bd. LVII, S. 385.

Fossier. Un cas de cirrhose infantile ayant évolué suivant le type de Laennec. (Leberzirrhose — Typ Laennec — bei einem Kinde.) Clinique, Bruxelles 1914, Bd. XXVII, S. 161.

— Un cas de cirrhose infantile ayant évolué suivant le type de Laennec. (Fall von Zirrhose — Typ Laennec — beim Kinde.) Pédiatrie prat., 1914, Bd. XII, S. 166.

W. T. Freemann. Case of primary carcinoma of liver in a child 3 years old. (Primäres Leberkarzinom bei einem 3 Jahre alten Kinde.) Lancet, 1914, Bd. CLXXXVII, S. 157.

E. Gerter. Über die Pathogenese des Icterus neonatorum. Nederl. Manndschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk., 1913, Bd. II, S. 583.

F. Goubau. Foie mobile chez une fillette de neuf ans. (Wanderleber bei einem Mädchen von 9 Jahren.) Belgique méd., 1914, Bd. XXI, S. 207.

Arthur H. Hopkins. Two instances of chronic family jaundice. (Zwei Beispiele von chronischem familiärem Ikterus.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1913, Bd. CXLVI, S. 726.

Edmund Nobel. Ein Fall von hämolytischem Ikterus. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 119.

— Ein Fall von chronischem acholurischem Ikterus. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 160, 175.

J. Porter Parkinson. An unusual case of jaundice, with specimes (subacute yellow atrophy of liver). (Ein ungewöhnlicher Fall ven Gelbsucht mit Besonderheiten [subakute gelbe Leberatrophie].) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1914, Bd. VII, S. 74.

H. L. Roeher. A propos de trois cas de kyste hydatique du foie chez l'enfant. (Drei Fälle von Leberechinokokkenzysten bei Kindern.)

Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1914, Bd. XXXV, S. 219.

Spencer Sheill. Congenital icterus. (Kongenitaler Ikterus.) Lancet, 1914, Bd. CLXXXVI, S. 1316.

L. Stiénon. Un cas d'ictère hémolytique. (Ein Fall von hämolytischem Ikterus.) 1913, Bd. XVIII, S. 505.

Frank E. Tylecote. Jaundice of pregnancy associated with jaundice in the offspring. (Gelbsucht während der Schwangerschaft und Gelbsucht der Nachkommenschaft.) Med. Chronicle, 1914, Bd. LVIII, S. 465.

Otto Wegerle. Subakute Leberatrophie mit knotiger Hyperplasie auf tuberkulöser Grundlage und über akute Leberatrophie im Kindesalter überhaupt. Frankfurt, Zeitschr. f. Pathol., 1914, Bd. XV, S. 89.

Arvo Ylppö. Icterus neonatorum und Gallenfarbstoffsekretion beim Fötus und Neugeborenen. Vorletzte Mitteil. (Nebst Bemerkungen von Ada Hirsch.) Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2161.

Pankreas.

G. Lafon. Sur le passage de la sécrétion interne du pancréas du fœtus à la mère. (Übergang des innern Pankreassekrets des Fötus auf die Mutter.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la Soc. de biol., 1913, Bd. LXXV, S. 266.

Milz.

R. A. Chisolm and **E. Bellingham Smith.** Case of enlargement of the spleen. (Ein Fall von Vergrößerung der Milz.) Proceed of the Roy. Soc. of Med., London 1914, Bd. VII, S. 126.

Fowler. Splenectomy for splenic anemia. New York State Journ. of Med., September 1914.
Bemerkungen über einen Fall bei einem Kinde. Es war wenigstens ein vorübergehender Erfolg zu verzeichnen.
Wachenheim (New York).

Charles Herrman. Henry Roth und **Eugene P. Bernstein.** A case of gaucher's disease in a boy thirteen years of age. Splenectomy with recovery. Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 340.

Frederick Langmead. Two sisters with deformity of bones and splenomegaly. (Zwei Schwestern mit Knochendeformität und Splenomegalie.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VII, S. 39.

Carl Vernon Weller. Splenic enlargement in infancy and childhood. (Milzvergrößerung im Kindesalter.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 514.

Urogenitalsystem.

Walter Arnold. Über orthotische Albuminurie und ihre Beziehungen zur Tuberkulose nach Untersuchungen bei Hautkranken, insbesondere bei Hauttuberkulose und Syphilis. Dissert., Würzburg 1913, S. 15.

Kate W. Baldwin. A case of hydronephrosis in a child. (Ein Fall von Hydronephrose bei einem Kinde.) Urol. and Cut. Rev., 1913, Bd. XVII, S. 663.

Alfred Bosler. Über Nierenfunktionsprüfung bei Säuglingen und älteren Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 346.

Buchwald. Ein Fall von juveniler Arteriosklerose mit genuiner Schrumpfniere und Retinitis albuminurica. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien. 1914, Bd. XIII, S. 118.

Jens Bugge. Untersuchungen über Albuminurie. Blutdruck usw. bei Schulkindern. Norsk. Mag. f. Laegevid., 1913, Bd. LXXIX, S. 1601.

S. Cannata e **G. Caronia.** Sulle affezioni purulente delle vie urinarie nell' infanzia (Eitrige Erkrankungen der Harnwege beim Kinde.) La pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 561, 648.

Castro. Über Erythrocyturia minima im Säuglings- und Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., Berlin 1914, Bd. XI, S. 284.

Cazaux. De l'orchidopexie chez l'enfant. (Orchidopexie beim Kinde.) Thèse de Bordeaux, 1913.

L. Chelmisse. Les pyélites infantiles. Semaine méd., 1913, Bd. XXXIII, S. 577.

Arthur N. Collins. Urinary lithiasis in infancy. (Harnsteine bei Kindern.) Amer. Journ of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 245.

J. Comby et **Mlle. Condat.** Traitement de la vulvo-vaginite des petites filles par le vaccin antigonococcique. (Behandlung der Vulvovaginitis mit Antigonokokkenvakzine) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 419.

Rudolf Dienemann. Über Zystitis im Kindesalter. Dissert., Halle a. S., 1914.

Elterich. Pyuria in infancy. (Pyurie im Säuglingsalter.) Pennsylvania Med. Journ., Juli 1914. Wachenheim (New York).

Eugen Ense. Über Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Dissert., Berlin 1913.

Alois Epstein. Die schulhygienische Bedeutung der lordotischen Albuminurie. Österr. Sanitätswesen, 1914. Bd. XXVI, S. 25.

Nicola Fedele. Contributo alla cura delle nefriti colla soluzione adrenalinica. (Beitrag zur Behandlung der Nephritiden mit Adrenalinlösung.) Riv. di clin. pediatria, 1914, Bd. XII, S. 425.

Aladar Fischer. Uretersteine bei einem 1½jährigen Kinde. Ureterolithotomie, Heilung. Zeitschr f. urol. Chir., 1914, Bd. II, S. 275.

Otto v. Franqué. Seltene Mißbildung der inneren Genitalien. Gynäkol. Rundschau, Berlin 1914, Bd. VIII, S. 199.

Freeman. Circumcision in the masturbation of female infants. (Beschneidung für die Masturbation kleiner Mädchen. (Amer. Journ. of Dis. Child., August 1914. Wachenheim (New York).

A. Gasbarrini. Nuovo contributo allo studio dell' albuminuria ortostatica. (Neuer Beitrag zum Studium der orthostatischen Albuminurien.) Clin. med. ital., 1914, Bd. LIII, S. 133.

Gastro. Über Erythrocyturia minima im Säuglings- und Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 284.

A. Glusmann. Zur Kenntnis des embryonalen Adenosarkoms der Niere (Nephroma embryonale malignum). Dissert., Zürich 1913.

Ronald G. Gordon. Acute bacillus coli infection of the urinary tract in children. Five types of clinical manifestations. (Akute Koliinfektion der Harnwege bei Kindern. Fünf Typen klinischer Erscheinungsformen.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1914, Bd. XI, S. 252.

Viktor Franz Grzibek. Ein Fall von kongenitaler Hydronephrose mit Hydrops renum cysticus. Dissert., Breslau 1914.

C. Gutmann. Über kongenitale Gänge und Zysten in der Raphe penis. Dermatol. Wochensch., 1914, Bd. LVIII, S. 449.

Richard Hamburger. Zur Vakzinebehandlung der klinischen Gonorrhöe. Deutsche med. Wochensch., 1914, Bd. XL, S. 759.

Hartshorn. Bacillus coli infections in infancy and early life. (Bacillus-coli-Infektionen im Kindesalter.) Med. Record, 15. August 1914. Wachenheim (New York).

Edmund Herrmann. Die klinische Bedeutung der Veränderungen am weiblichen Genitale beim Status hypoplasticus (Bartel). Gynäkol. Rundschau, Berlin 1914, Bd. VIII, S. 14.

Hutinel. Albuminuries intermittentes. Leurs variétés. (Intermittierende Albuminurien. Ihre verschiedenen Arten.) Pédiatrie prat., 1914, Bd. XII, S. 71.

— Néphrite et purpura. (Nephritis und Purpura.) Clinique, Paris 1913, Bd. VIII, S. 626.

Otto Junkel. Beiträge zur Kenntnis der embryonalen Nierengeschwülste. Arch. f. klin. Chir., Berlin 1914, Bd. CIII, S. 940.

H. L. Kowitz. Infektiöse Erkrankungen der Harnorgane im Säuglingsalter (sogenannte Pyelozystitis). Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 1341.

L. Langstein und **A. Benfey.** Nierenkrankheiten im Kindesalter. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 987.

Salvatore Maggiore. Il *Δ* crioscopico e il contenuto in cloro nel liquido cefalorachidiano di bambini nefritici. (Die Gefrierpunktserniedrigung und der Kochsalzgehalt in der Lumbalflüssigkeit nephritischer Kinder.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 321.

René Marie et **H. Rouèche.** Hémoglobinurie chez un enfant, injections de sérum antidiphtérique, guérison. (Hämoglobinurie beim Kinde, Injektionen von Diphtherieserum, Heilung.) Paris méd., 8. Februar 1913.

Marion. Rupture totale de l'urètre chez un enfant de 11 ans; suture circulaire; cystostomie; guérison sans rétrésissement. (Totale Ruptur der Harnröhre bei einem 11jährigen Kinde; zirkuläre Naht; Zystostomie; Heilung ohne Stenose.) Soc. de chir., 29. April 1914, Paris.

Muller et **Savy.** Epithélioma du rein du type fœtal. La Loire méd., 15. Mai 1912, Nr. 5, S. 153.

Fritz Noack. Der Übergang der mütterlichen Scheidenkeime auf das Kind während der Geburt. Dissert., Halle a. S., 1914.

Edmund Nobel. Ein Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XII, S. 208.

F. Oehlecker. Eine angeborene Anomalie der Niere und des Ureters unter dem klinischen Bilde eines perityphlitischen Abszesses. Zeitschr. f. urol. Chir., 1914, Bd. III, S. 147.

Friedrich Oehler. Ein Beitrag zur Kasuistik des kongenitalen Nierendefektes und der kongenitalen Nierendystopie. Beitr. z. klin. Chir., Tübingen 1914, Bd. LXXXIX, S. 223.

Potvin. Kystes tordus de l'ovaire chez l'enfant. (Stielgedrehte Ovarialzysten beim Kinde.) Bull. de la Soc. belg. de gynécol. et d'obstétr., 1914, Bd. XXIV, S. 441.

Eric Pritchard. Specimen of double hydro-ureter (congenital) in an infant. (Fall von doppeltem kongenitalen Hydroureter bei einem Kinde.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1914, Bd. VII, S. 68.

W. v. Radwańska. Der angeborene gänzliche Prolapsus uteri bei einem mit Spina bifida behafteten Neugeborenen. Gynäkol. Rundschau, Berlin 1914, Bd. VII, S. 515.

Walter R. Ramsey. Infections of the urinary tract in infants with a review of over one hundred cases. (Infektionen der Harnwege bei Säuglingen auf Grund von mehr als 100 Fällen.) Saint Paul Med. Journ., 1914, Bd. XVI, S. 343.

— Infections of the urinary tract in infants. (Infektionen der Harnwege bei Säuglingen.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 355.

Vilma Ritscher. Die kongenitale Nierendystopie. Dissert., München 1914.

H. L. Rocher. Le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire inguinale; l'orchidopexie crurale. Paris méd., 1913, S. 34.

Rubin. Vesicovaginal fistula in a child 8 years old. (Vesikovaginalfistel bei einem 8jährigen Kinde.) Amer. Journ. of Obstetr., Juni 1914.

Spontane Heilung nach Entfernung einer Haarnadel.

Wachenheim (New York).

Johannes Scheide. Ein Beitrag zur Zystenbildung in der Prostata mit epidermoider Auskleidung. Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat., 1914, Bd. XXV, S. 97.

Grete Schmidgall. Bakteriologische Untersuchungen über die Scheidenflora neugeborener Mädchen. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol., 1914, Bd. XIX, S. 190.

Henri Schwers und **Albrecht Wagner.** Über ein primäres Rundzellensarkom beider Nieren bei einem Kinde. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1914, Bd. CXXX, S. 57.

Piero Sessa. Sulle alterazioni dell' ovario infantile nelle malattie infettive. (Über Veränderungen des kindlichen Eierstockes bei Infektionskrankheiten.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 255.

Smith. Pyelitis in children. (Pyelitis bei Kindern.) Old Dominion Journ. of Med. and Surg., September 1914.
Betont die Häufigkeit dieser Krankheit bei dunklen Fieberfällen.
Wachenheim (New York).

Archibald Smith et **C. S. Mc Kee.** Gonococcal urethritis in a boy aged seventeen months. The Brit. Med. Journ., 26. April 1913.

Kotaro Takahashi. Uteruskarzinom im jugendlichen Alter. Dissert., München 1914.

James Mc Caw Tompkins. Streptococcic nephritis. Report of a case. (Streptokokkennephritis. Bericht über einen Fall.) Old Dominion Journ. of Med. and Surg., 1913, Bd. XVII, S. 265.

Wessler. Latent hypertrophy of the heart in nephritis of children. (Latente Herzhypertrophie bei Nephritis der Kinder.) Arch. of Int. Med., Oktober 1914.
Nachweis durch den Orthoradiographen.
Wachenheim (New York).

Edwin T. Wyman. Pyelitis in infancy and childhood. (Pyelitis im Säuglings- und Kindesalter.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 540.

Max Zarfl. Ein Fall von angeborener Zystenniere. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 25.

Emilie Zellweger. Die großen und übergroßen Ovarialkystome des Kindesalters. Arosa, Gustav Maurer, 1913. Inaug.-Dissert., Zürich.

Bewegungsapparat.

Lauro Cantalamessa Carboni. Fragilita delle ossa e sclerotica bleu. (Knochenbrüchigkeit und blaue Sklera.) Riv. osp., 1914, Bd. IV, S. 249.

Henri Caubet. Les fausses coxalgies chez l'enfant. Etude anatomique et clinique. (Die falschen Koxitiden des Kindes.) Toulouse 1914, Bd. XVI, S. 281.

J. Gourdon. La surélévation de l'épaule, d'origine scolaire. (Der Schulterhochstand, eine Schulkrankheit.) Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1914, Bd. XXXV, S. 75.

J. Ibrahim. Die chronische Arthritis im Kindesalter. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1914, Bd. XXXIV, S. 213.

Knoepfelmacher. Vierjähriges Kind mit chronischen Gelenkschwellungen. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 177.

John B. Manning and **Fred J. Fassett.** Some considerations concerning Still's disease and arthritis deformans. (Betrachtungen über die Stillsche Krankheit und Arthritis deformans.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 414.

Psychologie und Psychopathologie.

Ernst Bloch. Die Intelligenzprüfung nach der Methode von Binet-Simon in ihrer Bedeutung zur Erforschung des Schwachsinns bei Schulkindern. Zeitschr. f. Schwachsinn, Jena 1913, Bd. VII, S. 272.

Frederick J. Farnell. The psychopathic child. (Das psychopathische Kind.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 684.

Theodor Gött. Psychotherapie in der Kinderheilkunde. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 984, 1377.

F. Hamburger. Über Psychotherapie im Kindesalter. Wiener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXIV, S. 1313.

— Wesen und Heilung des Pavor nocturnus und seiner Äquivalente (oneirogene Zustände). Wiener med. Wochensch., 1913, Bd. LXII, S. 3213.

James C. Hassall. Constitutional psychopathy in children. (Konstitutionelle Psychopathie bei Kindern.) With a report of four cases. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 376.

F. B. Hofmann. Über Ermüdungsreaktionen. Kongreß f. inn. Med., Wiesbaden 1914.

A. Huther. Der Jugendsport vom Standpunkte der pädagogischen Psychologie. Zeitschr. f. päd. Psychol. u. exper. Päd., 1914, Bd. XV, S. 195.

Erwin Lazar. Die nosologische und kriminologische Bedeutung des Elternkonfilktes der Jugendlichen. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 363.

Mario Ponzo. Il metodo di Binet e Simon nelle sue applicazioni allo stûdio dell' intelligenza nei normali e nei deficienti. (Die Binet-Simonsche Methode in ihrer Anwendung bei der Prüfung der Intelligenz normaler und schwachsinniger Kinder.) Riv. di psicol., 1914, Bd. X, S. 136 und 199.

J. Roubinovitch. Sur quelques résultats de l'adaption sociale des enfants psycho-anormaux éducables. (Resultate der sozialen Anpassung erziehbarer abnormer Kinder.) Acad. de méd. de Paris, 30. Juni 1914.

Valentina Sertoli. Richerche sperimentali sulla suggestibilità nei fanciulli anormali. (Experimentelle Untersuchungen über die Suggestionsfähigkeit anormaler Kinder.) Riv. di psicol., 1914, Bd. X, S. 173.

William Stern. Die Anwendung der Psychoanalyse auf Kindheit und Jugend. Ein Protest. (Mit einem Anhang: Kritik einer Freudschen Kindespsychoanalyse. Von Klara und William Stern.) Zeitschr. f. angew. Psychol., Leipzig 1913, Bd. VIII, S. 71.

Tait. The exceptional child. (Defekte Kinder.) Public Health Journ., August 1914. Wachenheim (New York).

Heinrich Wirtz. Psychologische Beobachtungen aus dem Gebiete der Schreibfehler. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 545.

Ziehen. Heilerziehungsheime für psychopathische Kinder. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Beiheft, S. 8.

— Über die Behandlung psychopathischer Konstitutionen. Wiener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXIV, S. 361.

Erziehung.

Bourton. The deaf child and his education. (Erziehung des tauben Kindes.) Cleveland Med. Journ., Juli 1914. Wachenheim (New York).

Adalbert Forstreuter. Erziehungsfragen. Mutter und Kind, 1914, Bd. VI, S. 10.

Nobécourt. L'hygiène intellectuelle dans la période infantile. (Hygiene des Geistes in der Kindheit.) Rev. intern. de méd. et de chir., 1914, Bd. XXV, S. 65.

Nelly Wolffheim. Die erziehliche Beeinflussung und Beschäftigung kranker Kinder (unter besonderer Berücksichtigung der Nervösen). Anregungen für Krankenschwestern, Kinderpflegerinnen und Mütter. Berlin, L. Oehmigke, 1914.

Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Francesco Amenta. Sulla etiopatogenesi dell' idrocefalo congenito. (Ätiologie und Pathogenese des angeborenen Hydrozephalus.) La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 591.

Andrews. Infantile paralysis. Oklahoma State Med. Assoc. Journ., Juli 1914. Wachenheim (New York).

L. d'Astros. Evolution générale et symptomatologie des tumeurs cérébrales chez l'enfant. (Allgemeine Entwicklung und Symptomatologie der Hirngeschwülste bei Kindern.) Prov. méd., 1913, Bd. XXVI, S. 559.

L. Babonneix et **L. Tixier.** Hémiplégie infantile chez un hérédo-syphilitique. (Hemiplegie beim heredosyphilitischen Kinde.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, S. 198.

F. E. Batten. Glioma of the cerebellum; recovery after simple drainage of cyst. (Glom des Kleinhirns; Heilung nach einfacher Drainage der Zyste, Fall bei einem Kinde von 8 Jahren.) Proceed. of the Roy. of Med., 1914, Bd. VII, S. 23.

C. C. Beling. A case of amyotonia congenita. (Ein Fall von Amyotonia congenita.) Journ. of Nerv. and Ment. Dis., 1914, Bd. XLI, S. 220.

Emmy Bergmann-Grunwald. Ein Fall von sogenanntem Hemispasmus der Unterlippe. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 472.

Freiherr v. Blomberg. Ein seltener Fall von Hydrozephalus. Zeitschr. f. d. ges. Neurol., Berlin 1914, Bd. XXV, S. 200.

Chaja Borzekowska-Lewin. Über einen Fall von glioblastischem Sarkom des Kleinhirns und der Brücke. Dissert., Zürich 1913.

Sidney Boyd. Case of subcutaneous injury to the median nerve at the elbow. (Ein Fall von subkutaner Verletzung des Nervus medianus am Ellbogen.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., London 1914, Bd. VII, S. 111.

Georges Brabois. Étude étiologique des cas de chorée observés dans le service de M. Hutinel. Thèse de Paris, 1913, Nr. 298, S. 78.

Georg Büttner. Über wortblinde Kinder. Zeitschr. f. Schwachsinn, Jena 1913, Bd. VII, S. 350.

Jean Camus. Traitement de l'anorexie mentale grave des jeunes filles. (Behandlung der schweren psychischen Anorexie junger Mädchen.) Ann. de méd. et chir. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 18. — Paris méd., 1913, S. 423.

Canat. Contribution à l'étude de la paralysie spinale infantile. (Spinale Kinderlähmung.) Thèse de Montpellier, 1913.

S. Cannata. Ulteriore contributo al rapporto fra idrocefalo cronico e sifilide ereditaria. (Beziehungen zwischen chronischem Hydrozephalus und hereditärer Syphilis.) La pediatria, 1914, Bd. XII, S. 731.

Aloysio de Castro. Angeborene Fazialislähmung. Neurol. Zentralbl., Leipzig 1913, Bd. XXXII, S. 1474.

Edmund Cauntley. The neurotic temperament in children. (Das neurotische Temperament der Kinder.) Clin. Journ., 1914, Bd. XLIII, S. 326.

Charles Chatelin. Le diagnostic de l'anencéphalie avec ou sans hydrocéphalie apparente par la recherche de la transparence du crâne. (Die Diagnose der Anenzephalie mit oder ohne Hydrozephalie mittels der Schädeltransparenz.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, S. 204.

R. A. Chisolm. Case of spastic diplegia. (Ein Fall von spastischer Diplegie.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1914, Bd. VII, S. 106.

E. A. Cockayne. Hemiplegia with very extensive naevus. (Hemiplegie mit sehr ausgebreitetem Naevus.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VII, S. 6.

Herbert P. Cole. Hydrocephalus internus. Lumbar drainage by utilization of a meningocele sac as a drainage tube. (Hydrocephalus internus. Lumbale Drainage mittels Verwendung eines Meningozelensackes als Drainrohr.) Illinois Med. Journ., 1914, Bd. XXV, S. 292.

J. Comby. Etats meningés curables chez les enfants. La pédiatrie prat., 15. Februar 1913, Nr. 5, S. 90.

Jules Comby. Encéphalite aiguë chez les enfants. (Akute Enzephalitis beim Kinde.) Pathol. infant., 1913, Bd. X, S. 201.

Coriat. Hysterical manifestations in children. (Hysterische Phänomene bei Kindern.) Journ. of abnorm. Psychol., Juni 1914.
Wachenheim (New York).

J. W. Courtney and **H. B. Eaton.** A case of myatonia congenita (Oppenheim). Ein Fall von Myatonia congenita (Oppenheim). Boston Med. and Surg. Journ., 1914, S. CLXX, S. 117.

Olimpio Cozzolino. Sull' idiozia mongolica. (Über die mongoloide Idiotie.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 104, 169.

Cramer. Beitrag zur Verbiegung der Wirbelsäule bei Syringomyelie im kindlichen Alter. Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchir., 1914, Bd. XIII, S. 170.

A. Cullerre. Les enfants nerveux. Education et prophylaxie. (Die neuropathischen Kinder. Erziehung und Prophylaxe.) Paris, Payot et Cie., 1914.

H. Curschmann. Bemerkungen zu der Arbeit von M. Graetz „Über Spasmophilie und Epilepsie" (Deutsches Zentralbl., 1913, Nr. 21). Neurol. Zentralbl., 1914, Bd. XXXIII, S. 148.

A. Dietrich. Ein Fall von sekundärer Hypoplasie des Kleinhirns. Studien z. Pathol. d. Entwicklung, 1914, Bd. I, S. 263.

H. Dolega. Über mongoloide Idiotie. Dissert., Greifswald 1913.

Drysdale. Juvenile Psychosis. Journ. Amer. Med. Assoc., 10. Oktober 1914.
Ein interessanter Fall von maniakaldepressiver Psychose bei einem 11jährigen Knaben. Wachenheim (New York).

Edgard Dubourg. Méningite mixte à bacilles de Koch et diplococoques ne prenant pas le gram (méningocoques or para-méningocoques) chez un enfant de huit ans. (Gemischte Meningitis mit Kochschen Bazillen und gramnegativen Diplokokken bei einem 8jährigen Kinde.) Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1914, Bd. XXXV, S. 135.

Ernst Duschak. Ein Fall von Paralysis agitans, kombiniert mit Tabes dorsalis. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien 1914, Bd. XIII, S. 111.

C. T. Engelhard. Gehäufte kleine Anfälle bei Kindern. Psyche en neurol. bladen, 1914, Bd. XVIII, S. 197.

Artur Goldreich. Ein Fall von Epilepsie mit Bromoderma tuberosum und bullosum. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., in Wien, 1914, Bd. XII, S. 205.

E. Grandjean. Microsphygmie permanente et microcéphalie avec débilité mentale. (Ständige Mikrosphygmie und Mikrozephalie mit Schwachsinn.) Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 165.

Hans Grimm. Ein Fall von Hydrozephalus. Dissert., Tübingen 1913, S. 32.

Henry Heiman. A valuable diagnostic and prognostic sign in chorea of children. (Ein diagnostisch und prognostisch wertvolles Zeichen bei der kindlichen Chorea.) Arch. of Diagn., 1914, Bd. VII, S. 148.

E. Hevesi und **L. Benedek.** Foerstersche Operationen in Fällen von infantiler spastischer Paraparese und infantiler spastischer Hemiplegie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1914, Bd. XXII, S. 97.

Heinrich Higier. Beitrag zur Klinik der seltenen Formen tonischer Krämpfe des Kindesalters. Tetania neonatorum und Escherichs Pseudotetanus. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1914, Bd. XXII, S. 398.

Hochsinger. Nervöse Kinder und Mütter mit isoliertem Fazialisphänomen. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 15.

Hutinel. Méningites urémiques. (Urämische Meningitiden.) Pédiatrie prat., 1914, Bd. XII, S. 36.

Antonio Jovane. Sur une forme non encore décrite de méningite chronique chez l'enfant. (Eine noch nicht beschriebene Form von chronischer Meningitis.) Pédiatrie prat., 1914, Bd. XII, S. 181.

— Su di una forma di meningite cronica dei bambini non ancora descritta. (Über eine bisher nicht beschriebene Form von chronischer Meningitis der Kinder.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 183.

M. Kretschmer. Zur Neuropathie des kindlichen Alters. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap., 1914, Bd. XVIII, S. 206.

Laffer. Juvenile paresis. Cleveland Med. Journ., September 1914.
Wachenheim (New York).

L. Lagane. Ependymite séreuse, séquelle de méningite cérébro-spinale. Syndrome d'hydrocéphalie aiguë, absence de modifications papillaires. (Seröse Ependymitis, die Folge einer Zetebrospinalmeningitis. Syndrom eines akuten Hydrozephalus; Fehlen papillärer Veränderungen.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 887.

L. Lagane et **Louis Géry.** Ependymite séreuse, séquelle de méningite cérébrospinale. (Ependymitis serosa als Folge einer Zerebrospinalmeningitis.) Bull. et mém. de la Soc, anat. de Paris, 1914, Bd. LXXXIX, S. 13.

Leopold. Eosinophilia in chorea. New York Med. Journ., 1. August 1914. Verf. fand bei der Hälfte seiner Choreafälle Eosinophilie bis zu 16%; bei rezidivierender Chorea war der Befund noch häufiger, und bei diesen Fällen wurden die höchsten Prozentsätze bemerkt.
Wachenheim (New York).

David J. Levy. The etiology and symptomatology of nervousness in infancy. (Ätiologie und Symptomatologie der Nervosität im Kindesalter.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 270.

Georg Lomer. Über graphologische Kennzeichen des Schwachsinns. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., 1914, Bd. LIII, S. 101.

Mariano Lo Re. Il liquido cefalo-rachidiano nel tremore dei bambini. (Die Zerebrospinalflüssigkeit beim Tremor der Kinder.) Rif. med., 1913, Bd. XXIX, S. 1317.

Louis Luithlen. Le béribéri des nourrissons; ses rapports avec l'allaitement. (Beriberi der Säuglinge, seine Beziehungen zur Ernährung.) Nourrisson, 1913, Bd. I. S. 282.

Lüttge. Über einen besonderen histologischen Befund aus dem Gebiete der frühinfantilen familiären Erkrankungen des Nervensystems. Deutsche med. Zeitschr, f. Nervenheilk., 1913, Bd. L, S. 30.

H. Jakob Markert. Über Aphasia congenita. Dissert., Würzburg, 1913. S. 19.

Maurice. Contribution à l'étude des convulsions infantiles considérées dans leurs rapports avec l'épilepsie. (Zur Kenntnis der Konvulsionen bei Kindern und ihrer Beziehungen zur Epilepsie.) Thèse de Nancy, 1913.

E. Moro. Über Neuropathie im Kindesalter. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Bd. XI, S. 1.

Nageotte-Wilbouchewitch. Un nouveau cas de tic scapulaire. (Neuer Fall von Skapulartic.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, S. 94.

A. Netter. Myélite aigue diffuse guérie par les injections intra-rachidiennes de sérum de sujets antérieurement atteint de paralysie infantile. (Diffuse akute Myelitis, geheilt durch intraspinale Injektionen von Serum früher poliomyelitiskranker Individuen.) Acad. de méd., Paris, 7. April 1914.

Arnold Netter. Un cas de myélite aiguë diffuse, guérie par les injections intrarachidiennes de sérum de sujets antérieurement atteints de paralysie infantile. Sérothérapie de la poliomyélite antérieure. (Ein Fall von akuter diffuser Myelitis, geheilt durch intraspinale Injektionen des Serums früher an Kinderlähmung erkrankt gewesener Individuen. Serotherapie der Poliomyelitis anterior.) Journ. de méd. int., 1914, Bd. XVIII, S. 111.

Arnold Netter et **C. Levaditi.** Myélite aiguë diffuse causée par l'agent de la poliomyélite. (Diffuse akute Myelitis durch den Erreger der Poliomyelitis.) Soc. méd. des hôp. de Paris, 27. März 1914.

— Myélites aigues diffuses et myélites transverses causées par l'agent de la paralysie infantile. (Akute, diffuse und transversale Myelitiden, hervorgerufen durch den Erreger der Kinderlähmung.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXX, S. 570.

Newlin. Investigation of 100 cases of chorea. (Untersuchung von 100 Choreafällen.) Pennsylvania Med. Journ., Juni 1914.

Wachenheim (New York).

P. Nieuwenhuijse. Zur Kenntnis der tuberösen Hirnsklerose und der multiplen Neurofibromatosis und über die behauptete enge Verwandtschaft dieser beiden Krankheiten. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1914, Bd. XXIV, S. 53.

Edmund Nobel. Ein Fall von Pseudotetanus bei einem 3jährigen Knaben. Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk, in Wien. 1914, Bd. XIII. S. 22.

Norris G. Orchard. A case of anorexia nervosa in an infant. (Nervöse Anorexie beim Kinde.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 367.

Adolf Oswald. Zur Behandlung des endemischen Kretinismus. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1914, Bd. XLIV, S. 737.

G. Paul - Boncour. Sur l'épilepsie infantile et son traitement par le bromure. (Über die Kinderepilepsie und ihre Brombehandlung.) Pathol. infant., 1914, Bd. XI, S. 89.

Perin. Contribution à l'étude des états démentiels primitifs et épileptiques chez les enfants. (Primäre dementielle und epileptische Zustände bei Kindern.) Thèse de Nancy, 1913.

G. Peritz. Erwiderung auf die vorstehenden Bemerkungen von H. Curschmann betreffend die Spasmophilie und die Epilepsie. Neurol. Zentralbl., 1914, Bd. XXXIII, S. 151.

Pironneau. Les méningites aiguës chez le nourrisson. (Meningitis acuta beim Säugling.) Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 361.

George E. Price. A case of Tay-Sachs amaurotic idiocy with a positive Wassermann reaction. (Ein Fall von Tay-Sachsscher amaurotischer Idiotie mit positivem Wassermann.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1914, Bd. LXII, S. 1545.

John Priestley. Nervous diseases of elementary school-children, boys and girls. (Nervenkrankheiten der Volksschulkinder, Knaben und Mädchen.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1914, Bd. XI, S. 113.

J. A. Pujol et **Emile Terrien.** Étude clinique sur la démence très précoce. (Dementia precocissima.) Rev. de psych., 1914, Bd. XVIII, S. 5.

Frank C. Purser. A case of amyotonia congenita. (Ein Fall von Myatonia congenita.) Dublin Journ. of Med. science, 1914, Bd. CXXXVII S. 241.

L. M. Pussep. Traitement opératoire de l'hydrocéphalie interne chez les enfants. (Operative Behandlung des Hydrocephalus internus bei Kindern.) Rev. de chir., 1913, Bd. XXXIII, S. 938.

A. Meyer Rabinowitz. Two neurological cases in pediatric practise. (Zwei neurologische Fälle in der Kinderpraxis.) Med. Record, 1914, Bd. LXXXV, S. 1031.

A. v. Reuss. Hydrozephalus nach intrakranieller Blutung. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 120.

C. Eugene Riggs. Report of a case of juvenile tabes. (Bericht über einen Fall von juveniler Tabes.) Journ. of Nerv. and Ment. Dis., 1913, Bd. XL, S. 711.

E. Ritterhaus. Zur Frage der Hydrozephalie. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns, 1913, Bd. VII, S. 310.

B. Rosenbluth. The neuroses and psychoneuroses of children; their mode of development and treatment. (Die Neurosen und Psycho-

neurosen der Kinder; ihre Entstehungsweise und Behandlung.) Med. Record, 1913, Bd. LXXXIV, S. 834.

O. Salzmann. Zur Kasuistik der Porenzephalie im frühen Kindesalter. Dissert., München 1913.

P. W. Saunders. Sensory changes in Friedreich's disease. (Sensibilitätsstörungen bei Friedreichscher Krankheit.) Brain 1913, Bd. XXXVI, S. 166.

Savariaud. La maladie de Little et son traitement chirurgical. (Die Littlesche Krankheit und ihre chirurgische Behandlung.) Journ. de méd. de Paris, 1914, Bd. XXXIV, S. 407.

B. Schick. 12jähriger Knabe mit juveniler progressiver Paralyse. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 217.

— Myxödem bei einem 9 Monate alten Säugling (Zwillingsgeburt). Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 218.

Schlutz. The diagnosis and treatment of afebrile convulsions in infancy and early childhood. (Diagnose und Behandlung fieberloser Konvulsionen.) Journ. Lancet, 1. Oktober 1914.
Wachenheim (New York).

Schwartz. Study of 226 cases of enuresis. (Untersuchung über 226 Enuresisfälle.) Boston Med. and Surg. Journ., 22. Oktober 1914.
Wachenheim (New York).

Steinebach. 6 Monate altes Kind mit enormem Hydrozephalus. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 121.

Strauch. Myatonia congenita. Amer. Journ. of Dis. Child., Oktober 1914. Fallbericht. Wachenheim (New York).

August Strauch. Imitations- und Induktionskrankheiten der Kinder. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 601.

S. Takashima. Fünf Fälle von Hydrophthalmus congenitus unter besonderer Berücksichtigung des pathologisch-anatomischen Befundes. 2. Teil. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., n. F., Bd. XVI, S. 180.

E. S. Taylor. Notes on four cases of cerebellar ataxia in children. (Vier Fälle von zerebellarer Ataxie bei Kindern.) Huy's Hosp. Rep., 1913, Bd. LXVII, S. 98.

Variot und **Chatelin.** Perte de substance cranienne d'origine indéterminée dans la region pariétale gauche avec hémiplégie droite coexistante et débilité mentale. (Verlust der Knochensubstanz unbekannten Ursprungs in der Gegend des linken Os parietale mit rechtsseitiger Hemiplegie und Schwachsinn.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, S. 172.

Variot und **E. Grandjean.** Microsphygmie permanente et microcéphalie avec débilité mentale. (Permanente Mikrosphygmie und Mikrokephalie mit Schwachsinn.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, S. 121.

H. J. Vetlesen. Einige Fälle von mongoloider Idiotie. Tidskr. f. d. Norske Laegeforen, 1914, Bd. XXXIV, S. 249.

Vorkastner. Über hereditäre Ataxie. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 360, 404, 448 und 495.

Matthew Woods. Seven cases of epilepsy in children traces to single alcoholic intoxications on the part of one or both parents otherwise teetotalers. (7 Fälle von Epilepsie bei Kindern, verursacht durch vereinzelte Alkoholintoxikation bei einem von beiden sonst abstinenten Eltern.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 2291.

Ataxie cérébelleuse chez les enfants. Revue générale. Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 369.

Stoffwechselkrankheiten.

P. de Dagher. La maladie de Barlow (scorbut infantile). Pediatrie, 28. Februar 1913, Nr. 4, S. 49, 55.

R. Jemma. Über die Barlowsche Krankheit. Allgem. Wiener med. Ztg., 1914, Bd. LIX, S. 35, 43 und 55.

Cornelia de Lange. Morbus Barlowi bei älteren Kindern. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk., 1914, Bd. III, S. 187.

P. Loubet. Scorbut infantile chez une fillette de vingt mois nourrie au lait condensé. (Infantiler Skorbut bei einem Mädchen von 20 Monaten bei Ernährung mit kondensierter Milch.) Pédiatrie, 28. Februar 1913, Nr. 4, S. 55.

Moore. Report of 3 cases of diabetes mellitus in one family. (3 Fälle von Diabetes mellitus in einer Familie.) Arch. of Pediatrics, Oktober 1914.
2 Kinder eines diabetischen Vaters litten an dieser Krankheit.
Wachenheim (New York).

Georges Mouriquand. Le syndrome adiposo-génital de l'enfant. Paris méd., 1913, S. 26.

— Les orientations cliniques, pathogéniques et thérapeutiques nouvelles de la question de l'obésité infantile. Le syndrome adiposo-génital de l'enfant. (Neue klinische, pathogenetische und therapeutische Gesichtspunkte in der Frage der kindlichen Fettsucht. Der adiposogenitale Symptomenkomplex beim Kinde.) Ann. de méd. et chir. infant., 1913, Bd. XVII, S. 705 und 741.

H. Salomon. Zwei Fälle von jugendlichem Diabetes. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XII, S. 219.

— Bauchmuskellähmung bei Diabetikern. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 245.

Louis W. Sambon. Pellagra in Great Britain. The Brit. Med. Journ., 19. Juli 1913.

Georges Schreiber et **François.** Scorbut infantile chez un enfant de 4 ans nourri au lait homogénéisé. (Infantiler Skorbut bei einem 4jährigen, mit homogenisierter Milch ernährten Kinde.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, S. 225.

A. Simons. Bemerkungen zur Arbeit J. Huslers über symmetrischen progressiven Fettschwund im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 508.

B. Sperk. Ein Fall von Morbus Barlow bei einem 4½ Monate alten Kinde. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 3.

Sigmund Taussig. Zur Epidemiologie des Skorbuts. Militärmed. u. ärztl. Kriegswissensch., 1914, Bd. IV, S. 347.

Alfred C. Wallin. Scurvy. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 424.

Johannes Weiekseł. Über Dystrophia adiposo-genitalis. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 1227.

Wilhelm Wernstedt. Der infantile Skorbut. Wiener klin. Wochensch., 1914, Bd. XXVII, S. 197.

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

Hans Abels. Ein Fall von Fontanellenknochen. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, Bd. XIII, S. 122.

Henri Claude et **J. Rouillard.** Rachitisme expérimental par thyroidectomie des procréateurs. (Experimentelle Rachitis durch Thyreoidektomie der Eltern.) Soc. de biol. de Paris, 13. Dezember 1913.

— Rachitisme et dystrophies osseuses observés chez de jeunes animaux nés de procréateurs éthyroidés. (Rachitis und Knochendystrophien, beobachtet bei jungen von thyreoidektomierten Eltern abstammenden Tieren.) Presse méd., 1914, Bd. XXII, S. 221.

Max Dietlein. Ein Fall von halbseitigem Riesenwuchs. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 130.

Paul Ewald. Über Osteopsathyrosis idiopathica. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXIII, S. 634.

Karl Hart. Über die anatomische Grundlage der Osteopsathyrosis idiopathica, insbesondere die Osteogenesis imperfecta. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol., 1914, Bd. LIX, S. 207.

Murk Jansen. Das Wesen und das Werden der Achondroplasie. Eine Abhandlung über Wachstumstörung embryonaler Zellgruppen, verursacht durch Amniondruck in den verschiedenen Stadien der Skelettentwicklung (Anenzephalie, Achondroplasie, Kakomelie). (Aus dem Englischen übersetzt von G. Hohmann und F. Windstosser.) Stuttgart 1913.

Jos. Leuwer. Zur Behandlung der Rachitis mit Nebennierenpräparaten. Reichs-Med.-Anz., Leipzig 1914, Bd. XXXIX, S. 44.

R. Massalongo und **C. Piazza.** Sull' acondroplasia. (Über Achondroplasie.) Rif. med., 1914, Bd. XXX. S. 676, 703.

M. Mauclaire. Ostéomalacie généralisée chez les enfants et les adolescents. (Verallgemeinerte Osteomalazie bei Kindern und Jugendlichen.) Bull. méd., 1914, Bd. XXVIII, S. 35.

E. Mayerhofer. Ein Fall von Mikromelie. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 122.

Georg Müller. Ein Fall von Riesenwuchs. (12. Kongreß d. deutschen orthop. Ges., Berlin, 24. bis 25. März 1913.)

— Ein Fall von Riesenwuchs. Zeitschr. f. orthop. Chir., Stuttgart 1914, Bd. XXXIV, S. 209.

J. Nathanson. Ein Fall von halbseitigem chondrodystrophischem Zwergwuchs. Dissert., Marburg 1913.

M. van Neck. Un cas d'ostéopsathyrose congénitale. (Ein Fall von angeborener Knochenbrüchigkeit.) Journ. méd. de Bruxelles, 1914, Bd. XIX, S. 77.

Emilia Palmegiani. Di un caso di acondroplasia. (Ein Fall von Akondroplasie.) La pediatria, 1915, Bd., Bd. XXIII, S. 10.

v. Peyrer. Ein Fall von Chondrodystrophie. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 176.

Erich Rominger. Rachitis und innere Sekretion. Gelingt es mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens eine Störung innersekretorischer Drüsen bei der Rachitis nachzuweisen? Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 387.

B. Salge. Die Behandlung der Rachitis. Therap. d. Gegenw., 1914, Bd. LV, S. 12 und 49.

B. Schick. Ein Fall von Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 241.

Anton Schmitt. Beitrag zur Klinik und Pathologie des angeborenen partiellen Riesenwuchses. Dissert., Kiel 1914.

John Speese. Unilateral congenital hypertrophy. Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 278.

G. Variot. Étude pratique du rachitisme chez le nourrisson. (Rachitis im Säuglingsalter.) Clin. infan., 1914, Bd. XII, S. 353, 394 und 431.

D. P. D. Wilkie. A case of osteochondritis deformans juvenils. (Ein Fall von Osteochondritis deformans juvenils.) Edinburgh Med. Journ., 1914, Bd. XII, S. 55.

Winters. The pathology and prophylaxis of rickets. (Pathologie und Prophylaxe der Rachitis.) Amer. Journ. of Obstetr., Juli 1914. Wachenheim (New York).

James K. Young. Chondrodystrophia fetalis. Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 371.

C. E. Zundel. Case of recrudescent rickets with tuberculosis and infantilism. (Ein Fall von rezidivierender Rachitis mit Tuberkulose und Infantilismus.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VII, S. 23.

Haut.

G. B. Allaria. La macchia sacrale blu dell' infanzia. (Mongolenfleck.) La pediatria, 1913, Nr. 2.

Seymour Barling. Henoch's purpura with intussusception, laparotomy, recovery. (Henochsche Purpura mit Darminvagination, Laparotomie, Heilung.) Brit. Med. Journ., 29. März 1913.

Gertrud Bien. Ein Fall von Raynaudscher Krankheit. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien. 1914, Bd. XIII, S. 167.

Arthur W. Brodribb. A case of septicaemic purpura. (Ein Fall von Purpura infolge von Sepsis.) Lancet. 1914, Bd. CLXXXVI, S. 1747.

R. Brunier. Diagnostic clinique des alopécies chez l'enfant. (Klinische Diagnose der Alopezie beim Kinde.) Presse méd., 1914, Bd. XXII, S. 286.

Olimpio Cozzolino. Sulla rilevante frequenza delle macchie mongoloidi nella popolazione infantile di Cagliari. (Über die beträchtliche Häufigkeit der Mongolenflecke bei der ländlichen Bevölkerung von Cagliari.) La pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 801.

Egert. Ein Fall von kongenitaler Sklerodermie. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XII, S. 199.

Freeman. The causes and treatment of eczema in infancy and childhood. (Ursachen und Behandlung des Kinderekzems.) Arch. of Pediatrics, Oktober 1914.
Verf. notiert speziell die diätetische Seite dieser Frage, ohne viel Bestimmtes aufzudecken. Früchte und Fette scheinen besonders schädlich zu wirken. Wachenheim (New York).

Ernst Freund. Seltene Lokalisation von Striae distensae nach schwerer Sepsis. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 250.

August Heisler. Erythema infectiosum. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 1684.

Hudelo et **Montlaur.** Epidermolyse bulleuse à kystes épidermiques. (Epidermolysis bullosa mit Epidermiszysten.) Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et de syphil., 1913, Bd. XXIV, S. 421.

Mlle. Nadine Israileff. Contribution à l'étude du zona infantile. (Avec deux figures dans le texte.) Genève, Soc. genevoise d'éditions et d'impressions, 1913. Inaug.-Dissert., Genf. Thèse med., 1912/13.

W. Kerl. Ein Fall von Erythema chronicum migrans. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 157.

A. v. Khautz. Spontane Extremitätengangrän im Kindesalter, Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 35.

Ervin Lindenberger. Hyperpyrexia following slight abrasion. (Hyperpyrexie nach leichter Hautabschürfung.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 662.

Massimo Manca. Sulle cosidette macchie mongoliche o mongoloidi nei bambini. (Über die sogenannten Mongolenflecke bei Kindern.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 194.

— Sur les tâches dites mongoliques ou mongoloides chez les enfants. (Über die sogenannten Mongolenflecke bei Kindern.) Pédiatrie prat., 1914, Bd. XII, S. 316.

J. W. Miller. Dermatitis exfoliativa with the report of a case. (Ein Fall von Dermatitis exfoliativa.) Lancet, clin., 1914, Bd. CXI, S. 626.

Lucien Rivet. Le pronostic de l'emphysème généralisé de l'enfant. (Die Prognose des generalisierten Hautemphysems beim Kinde.) Gaz. des hôp., 1913, Bd. LXXXVI, S. 1901.

B. Scholz. Die Behandlung des Urtikariaanfalles als eines Reizzustandes der Vasodilatatoren durch Reizung der Vasokonstriktoren vermittels des Adrenalins. Zentralbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh., 1914, Bd. VI, S. 282.

Marie Elise Schubert. Zur Behandlung der Furunkulose im Säuglingsalter mittels Thermokauter. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 769.

Bernhard Sperk. Klinische Beobachtungen über Dermatitis exfoliativa (Ritter). Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 57.

Tridon. Contribution à l'étude du syndrome de Maurice Raynaud chez l'enfant. (Raynaudsche Krankheit beim Kinde.) Thèse de Paris, 1913.

Leopold Unger. Ein Fall von Ichthyosis congenita s. foetalis. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 239.

Zuber. Gangrène disséminée de la peau chez l'enfant. La clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 388.

Zahnung.

Paul Adloff. Über Probleme der Gebißentwicklung. Anat. Anz., Jena 1913, Bd. XLIV, S. 188.

Jules Comby. La dentition chez les enfants. Arch. de méd. des enfants. 1914, Bd. XVII, S. 335.

J. Basil Cook. An investigation into the effects of drinking-water upon the causation of dental caries in school children. (Untersuchungen über den Einfluß des Trinkwassers auf die Zahnkaries der Schulkinder.) Lancet, 1914, Bd. CLXXXVI, S. 888.

Kleinsorgen. Kiefergymnastik in ihrer prophylaktischen Bedeutung für die Zahn- und Kieferorthopädie nebst Aufstellung eines Merkblattes über Ernährungs- und Eßregeln für Kinder. Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk., 1914, Bd. XXXII, S. 156.

Richard Landsberger. Der Einfluß der Zähne auf die Entwicklung der Nase. Arch. f. Anat. u. physiol. Anat., 1914, S. 1.

Auge.

A. Anlauff. Die Sopholprophylaxe bei Neugeborenen und ihre Leistungsfähigkeit. Dissert., Greifswald 1913.

Cassoute et **Charles Roche.** Ophthalmie à gonocoques chez un nouveau-né guéri par le vaccin de Nicolle et Blaizot. (Gonorrhoische Ophthalmie bei Neugeborenen, Heilung durch Nicolle-Blaizotsche Vakzine.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, S. 216.

Robert A. Fleming. Notes of a case of recurrent paralysis of the third cranial nerve. (Bericht über einen Fall von rekurrierender Okulomotoriuslähmung.) Rev. of Neurol. and Psych., 1914, Bd. XII, S. 58.

Jannot. Contribution à l'étude des paralysies postdiphthériques tardives des muscles externes de l'œil et de leur traitement par le sérum antidiphtherique. (Postdiphtherische Spätlähmungen der äußeren Augenmuskeln, Behandlung mit Diphtherieserum.) Thèse de Nancy, 1913.

F. Jantzen. Über Exophthalmus bei Orbitaltumoren und bei Möller-Barlowscher Krankheit. Dissert., Kiel 1913.

Klebanski. Recherches sur la durée de l'ophthalmie gonococcique du nouveau-né et sur le traitement par les sels d'argent et la vaccinothérapie. (Untersuchungen über die Dauer der gonorrhoischen Augenentzündung des Neugeborenen und ihre Behandlung mit Silbersalzen und Vakzine.) Rév. prat. d'obstétr. et de péd., 1914, Bd. XXVII, S. 97.

Harald Larsen. Die Schädeldeformität mit Augensymptomen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Stuttgart 1913, Bd. I.I, n. F. Bd. XVI, S. 145.

Mareard. Contribution à l'étude du spasme de l'accomodation chez l'enfant. (Akkommodationskrampf beim Kinde.) Thèse de Bordeaux, 1913.

V. Morax. A propos du traitement de l'ophthalmie gonococcique de nouveau-né. (Behandlung der gonorrhoischen Ophthalmie beim Neugeborenen.) Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris, 8. Februar 1914.

L. Müller. Über die Entstehung der Myopie. Verh. d. Ges. deutscher Naturforsch., Leipzig 1913, Bd. LXXXV, II. S. 2; 1914, S. 732.

Salzer. Die wichtigsten Augenerkrankungen im Säuglingsalter. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VI, S. 75.

Richard Seefelder. Die angeborenen Anomalien und Mißbildungen des Auges. Kritischer Literaturbericht, umfassend den Zeitraum vom April 1910 bis 1912. Ergebn. d. Pathol., Wiesbaden 1914, Bd. XVI, S. 435.

W. Uhthoff. Über einen Fall von periodischen und kontinuierlichen Schwankungen der im Durchmesser der Pupille bei angeborener oder wenigstens frühzeitig erworbener linksseitiger Okulomotoriuslähmung bei einem 9jährigen sonst gesunden Mädchen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Stuttgart 1913, Bd. LI, n. F. Bd. XVI, S. 344.

Mund, Nase, Ohr, Kehlkopf.

H. Abrand. Polype fibro-muqueux gigantesque naso-pharyngien chez une enfant de 11 ans. (Ein riesiger Schleimpolyp im Nasopharynx bei einem 11jährigen Kinde.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914. Bd. XVI, S. 313.

Azéma. Les ulcérations de la bouche chez les enfants. (Die Schleimhauterkrankungen des Mundes im Kindesalter.) Toulouse méd., 1914, Bd. XVI, S. 69.

L. Baldenweck. Corps étranger (broche) ayant séjourné cinq mois dans le pharynx d'un nourrisson. (Fremdkörper, der 5 Tage im Pharynx eines Säuglings geblieben war.) Rev. hebdom. de laryngol. d'otol. et de rhinol., 1914, Bd. XXXV, S. 69.

Halsey Jay Ball. Streptococcic throat disease. (Streptokokken-Rachenerkrankung.) New York State Journ. of Med., 1914, Bd. XIV, S. 155.

T. S. Bradburn. Oral sepsis simulating Henoch's purpura. (Sepsis vom Munde ausgehend, unter dem Bilde Henochscher Purpura.) Brit. Med. Journ., 1914, S. 525.

D. van Caneghem. Contribution à l'étude du noma de l'oreille. (Beitrag zum Studium der Nomaerkrankung des Ohres.) Presse oto-laryngol. belge, 1914, Bd. XIII, S. 125.

Kornelius Egger. Über die Verwendung des Scharlachrot (Amidoazotoluol) bei der Behandlung der chronischen Mittelohreiterungen. Frutigen, R. Egger & Sohn, 1913, Inaug.-Dissert., Bern.

Gougerot. Granulosis rubra nasi. Soc. franç. de dermatol. et de syphil., 2. Juli 1914, Paris.

E. Halphen et **F. Fontane.** Quatre cas de papillomes laryngés diffus récidivants de l'enfance guéris par la laryngostomie. (4 Fälle von diffusen, rezidivierenden Larynxpapillomen im Kindesalter, Heilung durch Laryngostomie.) Ann. de mal. de l'oreille, etc., Nr. 4, 1913.

Imperatori. Report of a case of otitic meningitis due to the streptococcus capsulatus. (Vom Streptococcus capsulatus verursachte otitische Meningitis.) Arch. of Pediatrics, Oktober 1914.
Wachenheim (New York).

Joseph. Rhinolith of several years' duration in a child of eight. (Mehrjähriger Nasenstein bei einem 8jährigen Kinde.) Med. Record, 17. Oktober 1914. Wachenheim (New York).

Ludwig Joseph. Beitrag zur Lehre von den kongenitalen Geschwülsten der Ohrmuschel. Arch. f. Ohrenheilk., Leipzig 1914, Bd. XCIII, S. 290.

Lehmann. Die Mundkrankheiten im Säuglingsalter. Mutter und Kind, 1914, Bd. VI, S. 2.

D. J. Milton Miller. Otitis media; pneumonia; pyelocystitis; mastoid disease; fever for nine months, in an infant aged six to fourteen months; failure of vaccine; cure, apparently, from Roentgen rays. Otitis media; Pneumonie, Pyelozystitis, Erkrankung des Warzenfortsatzes, Fieber von 9monatiger Dauer bei einem Säugling vom

6. bis zum 14. Monat. Mißerfolg der Vakzinebehandlung: Heilung anscheinend durch Röntgenstrahlen.) Transact. of the Amer. Ped. Soc., 1914, Bd. XXV, S. 323.

Mounier. De la gêne respiratoire nasale chez l'enfant; causes et suites. (Beeinträchtigung der Nasenatmung beim Kinde; Ursachen und Wirkungen.) Enfance, 1914, Bd. II, S. 321.

A. Pasquier. A propos d'un cas d'ozène du nourrisson. (Fall von Ozaena beim Säugling.) Journ. de méd. de Paris, 1914, Bd. XXXIV, S. 195.

Karl Peter. Über die funktionelle Bedeutung der sogenannten „Epithelperlen" am harten Gaumen von Föten und Kindern. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 649.

R. J. Pouget. Un cas de polype dermoide du pharynx. (Ein Fall von Dermoidpolyp des Rachens.) Rev. hebdom. de laryngol. d'otol. et de rhinol., 1914, Bd. XXXV, S. 577.

H. Salomon. Ein Fall von Aphthae tropicae. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 246.

Sheppard. The economic importance of diseases of the ear in school children. (Ökonomische Bedeutung der Ohrenerkrankungen im Schulalter.) New York State Journ. of Med., Juli 1914.

Wachenheim (New York).

K. Wolfrom. Beiträge zur Statistik der Ohrenkrankheiten im Kindesalter. Dissert., Göttingen 1913.

P. Wössner. Untersuchungen über die Bakterienflora der Nase, mit besonderer Berücksichtigung des Vorkommens von Diphtheriebazillen. Dissert., Freiburg i. Br., 1913.

Chirurgie.

Abrand und **Masson.** Tumeur kystique du sillon glosso-épiglottique. (Zystischer Tumor der glosso-epiglottischen Furche). Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1913, S. 310.

Francis Olcott Allen. Intussusception. Review of twenty-seven cases. (Intussuszeption. Überblick über 27 Fälle.) Ann. of Surg., 1914, Bd. LIX, S. 258.

Ayrolles. L'ostéomyélite du nourrisson. (Osteomyelitis beim Säugling.) Thèse de Montpellier, 1913.

Aug. Broca. Ostéomyélite aiguë de la machoire supérieure chez le nouveau-né. (Akute Osteomyelitis des Oberkiefers beim Neugeborenen.) La Presse méd., 1914, S. 577.

Broca et **Philbert.** Radiographies d'ostéomyélites. Gaz. des hôp., 15. April 1913, Nr. 43, S. 693.

Buchwald. Monartikuläre Arthritis des rechten Schultergelenkes bei einem 4 Wochen alten Säugling. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien 1914, Bd. XIII, S. 100.

C. E. Caldwell. Congenital tumors of the neck. (Kongenitale Geschwülste des Halses.) Lancet-clin., 1914, Bd. CXI, S. 364.

Chevrier. Traitement des crevasses du sein par l'hémostyl. (Behandlung der Schrunden mit Hämostyl.) Rev. mens. de gynécol, d'obstétr. et de péd. de Janvier 1914.

Cour. Deux observations de sarcome de l'omoplate chez l'enfant traités par la resection. (Zwei Fälle von Sarkom des Schulterblattes beim Kinde. Resektion.) Thèse de Montpellier, 1913.

Wilhelm Dünkeloh. Beitrag zur kongenitalen Patellarluxation. Arch. f. klin. Chir., Berlin 1914, Bd. CIV, S. 1183.

Roman Ebert. Über die Luxatio humeri congenita. Dissert., Würzburg 1914, S. 47.

— Über Luxatio humeri congenita. Arch. f. Orthop., Wiesbaden 1914. Bd. XIII, S. 281.

Julius v. Eröss. Die Behandlung der Leistenbrüche des Kindesalters. Pester med.-chir. Presse, 1913, Bd. XLIX, S. 357.

Arthur Evans. Case of suppression of urine in a boy, aged 11, after operation for acute appendicitis, cured by double nephrotomy. (Ein Fall von Anurie bei einem 11jährigen Knaben im Anschluß an eine Appendizitisoperation. Beiderseitige Nephrotomie. Heilung.) Procced. of the Roy. Soc. of Med., 1914, Bd. VII, S. 41.

Rudolf Fischl. Le traitement des Hernies du nourrisson. (Behandlung der Hernien beim Säugling.) Le nourrisson, 1914, Bd. II, S. 193.

D. Crosby Greene and **F. E. Garland.** Removal of foreign bodies from the oesophagus and lower air passages in children. (Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre und den tiefen Luftwegen bei Kindern.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 517.

Guisez. Des corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes chez les tout jeunes enfants. Considerations diagnostiques et thérapeutiques. (Fremdkörper im Ösophagus und in den oberen Luftwegen bei ganz kleinen Kindern. Diagnostische und therapeutische Bemerkungen.) Bull. d'oto-rhino-laringol., 1914, Bd. XVII. S. 138.

Hallé et **Françon.** Sarcome généralisé chez un nourrisson. (Allgemeine Sarkomatose bei einem Säugling.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, Bd. XVI, S. 264.

Hardouin et **Potel.** Tumeurs du testicule chez l'enfant. (Hodentumoren beim Kinde.) Soc. anat. de Paris, 27. März 1914.

Herding. De l'intervention chirurgicale dans la hernie ombilicale de l'enfance. (Zur Chirurgie der kindlichen Nabelhernie.) Thèse de Paris, 1913.

Lucien Jeanneret. Des tumeurs malignes du pharynx chez l'enfant. (Bösartige Rachentumoren im Kindesalter.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol., 1914, Bd. XXXV, S. 449.

Lange. Deux cas de décollement épiphysaire avant l'apparition du noyau osseux dans l'extrémité cartilagineuse. Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, S. 219.

G. Léo. Hernie ombilicale de l'enfance; sa cure chirurgicale. (Der Nabelbruch bei Kindern; seine chirurgische Behandlung.) Clinique, Paris 1914, Bd. IX, S. 329.

Marix. Fractures du col du fémur chez les jeunes sujets. (Frakturen des Schenkelhalses bei jungen Individuen.) Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 6. März 1914.

Nicola Novaro. La cura radicale dell' ernia inguinale nei bambini. (Die Radikalbehandlung der Inguinalhernie bei Kindern.) Klin. chir., 1914, Bd. XXII, S. 588.

David Mc M. Officer. Three interesting brain cases. 1. Ruptured middle meningeal artery: operation during the performance of artificial respiration; recovery. (Drei interessante Gehirnfälle. Zerreißung der Arteria meningea media; Operation während gleichzeitiger künstlicher Atmung; Heilung.) Australian Med. Journ., 1913, Bd. II, S. 1227.

— Three interesting brain cases. 2. Fracture of baby's skull by falling out of bed. (Drei interessante Gehirnfälle. 2. Schädelfraktur bei einem Säugling durch den Fall aus dem Bett.) Australian Med. Journ., 1913, Bd. II, S. 1227.

Siegfried Peltesohn. Über Verletzungen des oberen Humerusendes bei Geburtslähmungen. Berliner klin. Wochensch., 1914, Bd. LI, S. 1162.

Phélip. Hernie inguinale testiculaire bilatérale chez une enfant de 13 ans ayant toutes les apparences d'une fille. Soc. anat. de Paris, 12. Dezember 1913.

Phélip et **Galop.** Kyste dermoide du cordon chez un enfant de 4 ans. Soc. anat. de Paris, 12. Dezember 1913.

A. v. Reuss. Bitemporales Kephalhämatom. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 120.

C. B. Spalding. Congenital inguinal hernia — suppression of urine. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 140.

E. Thiers. Ecrasement de la région périnéo-pubienne chez une fillette de quatre ans et demi. Fracture du bassin. Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale. (Quetschung der Damm-Schambeingegend bei einem 4½jährigen Mädchen. Beckenfraktur. Resultate der chirurgischen Behandlung.) Journ. de méd. de Paris, 1914, Bd. XXXIV, S. 273.

P. Tillaye. La hernie étranglée chez le nourrisson. (Die eingeklemmte Hernie beim Säugling.) Tours méd., 1913, Bd. IX, S. 221.

Variot et **L. Monod.** Lipome symétrique de la plante des pieds chez le nourrisson. Hérédité maternelle. (Symmetrische Lipome der Fußsohle bei einem Säugling. Vererbung von seiten der Mutter.) Ann. de méd. et chir. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 42.

Voron et **Loaec.** Volumineuse tumeur de la région sacrée chez un nouveau-né. (Großer Tumor in der Regio sacralis bei einem Neugeborenen.) Bull. de la Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris, 1913, Bd. II, S. 694.

A. D. Willmoth. Traumatic injury of the knee. A clinical report. (Verletzung des Knies. Klinischer Vortrag.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 71.

Winkler. Intraperitoneales Teratom bei einem Neugeborenen. Stud. z. Pathol. d. Entwicklung, 1914, Bd. I, S. 238.

Orthopädie.

R. v. Aberle. Beiträge zur Ätiologie und Pathologie des kongenitalen Schiefhalses. Verh. d. Ges. f. Naturforsch., Leipzig 1913, Bd. LXXXV, II, S. 2 1914, S. 382.

Auguste Broca et **Marie Houdré.** Technique de la méthode d'Abbott pour le traitement de la scoliose. (Technik der Abbottschen Skoliosenbehandlung.) Monogr. clin., 1914, Bd. LXXVIII, S. 1.

Jacques Calvé. Un mot sur la méthode d'Abbott. (Ein Wort über die Abottsche Methode.) La Presse méd., 1914, Nr. 22, S. 214.

Jos. Delcheff. Existe-t-il une prophylaxie des difformités physiques chez l'enfant? (Gibt es eine Prophylaxe gegen die Difformitäten beim Kinde?) Ann. de la policlin. centrale de Bruxelles, Februar 1913, Nr. 2, S. 42, 50.

Guido Engelmann. Über das Liegendtragen der Kinder und die Häufigkeit der Linksskoliosen. Wiener klin. Wochenschr., 1914, Bd. XXVII, S. 47.

Guillaume-Louis. Nouvel appareil amovo-inamovible. Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, S. 67.

Wilhelm Gundermann. Über eine häufige Anomalie der unteren Brustwirbelsäule. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 1878.

Jakob Kurissis. Ein Fall über angeborene Kyphose; Rachischisis. Dissert., München 1914, S. 16.

L. Lamy. Surélévation de l'omoplate gauche. Tic d'attitude ou tic tonique. Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, S. 130.

Leo Mayer. Kongenitale Sublaxation des Knies nach vorn. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1914, Bd. XXXIV, S. 135.

Mutel. Un cas de main bote radiale congénitale. (Angeborene Klumphand.) Rev. d'orthop., 1914, Bd. XXV, S. 119.

Marie Nageotte-Wilbouchewitch. La scoliose par malformation de la cinquième vertèbre lombaire et son traitement. (Skoliose durch Abszeßbildung des fünften Lumbalwirbels und deren Behandlung.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 34.

— Attitude vicieuse de l'omoplate (tic tonique des muscles scapulaires). (Fehlerhafte Hochstellung des Schulterblattes [tonischer Tick der Skapularmuskulatur].) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 347.

Nicod. Résultats éloignés du traitement de la luxation congénitale de la hanche. (Entfernte Resultate der Behandlung der Hüftgelenksluxation.) Soc. méd. de la Suisse romande, 30. Oktober 1913.

Siegfried Peltesohn. Zur Kenntnis der respiratorischen Thorax- und Wirbelsäulendeformitäten. Zeitschr f. orthop. Chir., Stuttgart 1913, Bd. XXXIII, S. 574.

Roederer. Essai critique sur la méthode d'Abbott. Soc. de méd. de Paris, 9. Jänner 1914.

Joseph Sailer. Congenital high scapula (Sprengel's disease). Kongenitaler Schulterhochstand (Sprengels Krankheit).) Transact. of the Coll. of Physic. of Philadelphia, 1913, Bd. XXXV, S. 326.

Savariaud. Les fausses coxalgies, les fausses luxations et les fausses fractures du col fémoral ou la coxa-vara des enfants et des adolescents. (Die falschen Koxalgien, die falschen Luxationen und die falschen Frakturen des Femurhalses oder die Coxa vara der Kinder und der Adoleszenten.) Journ. de méd. de Paris, 1914, Bd. XXXIV, S. 227.

Erwin Schwarz. Eine eigenartige Deformierung des kindlichen Hüftgelenkes. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. Bakteriol., Festschr. f. P. v. Baumgarten, Tübingen 1914, Bd. IX, S. 42.

James Warren Sever. A report of the scoliosis clinic of the children's hospital, Boston. (Bericht aus der Skoliosenklinik des Kinderhospitals in Boston.) New York Med. Journ, 1914, Bd. XIX, S. 1217.

Franz Waas. Ein Fall von kongenitalem Genu valgum bei kongenitaler Luxation der Patella nach außen und angeborener Hüftluxation des rechten Beines. Zentralbl. f. chir. Orthop., Berlin 1914, Bd. VIII, S. 49.

Mißbildungen.

G. Anton und **H. Zingerle.** Genaue Beschreibung eines Falles von beiderseitigem Kleinhirnmangel. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., 1914, Bd. LIV, S. 8.

Selmar Aschheim. Mißbildung infolge amniotischer Stränge. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 655.

Gertrud Bien. 21 Monate altes Kind mit partiellem Sternaldefekt. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 168.

F. Brandenberg. Drei seltene Mißbildungen. Zeitschr f. orthop. Chir., Stuttgart 1913, Bd. XXXIII, S. 365.

Brix. Ein Fall von Situs inversus totalis. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2790.

A. Broca, H. Salin et **Raoul Monod.** Un cas de fistule latérale congénitale du cou à structure amygdaloide. (Ein Fall von angeborener seitlicher Halsfistel mit der Struktur einer Rachenmandel.) Arch. de méd. exper. et d'anat. pathol., 1914, Bd. XXVI, S. 12.

B. Brouwer. Über partielle Anenzephalie mit Diastematomyelie ohne Spina bifida. Journ. f. Psychol. u. Neurol., 1913, Bd. XX, S. 173.

Karl Ernst Bührer. Über einen Fall von amniotischer Amputation. Dissert., Berlin 1914.

H. Chiari. Beckenmißgestaltung bei Spina bifida occulta sacralis. Zeitschr. f. angew. Anat. u. Konstitutionsl., 1914, Bd. I, S. 426.

Israel-Ber Dunajewsky. Angeborener Tibiadefekt. Dissert., München 1913, S. 37.

W. Friedrich. Ein Fall von einseitigem angeborenem Pektoralisdefekt. Zentralbl. f. chir. Orthop., Berlin 1914, Bd. VIII, S. 169.

Alfred Gordon. Anencephalia; with special reference to an important etiological factor. (Anenzephalie mit besonderer Berücksichtigung eines wichtigen ätiologischen Faktors.) Arch. of Diagn., 1914, Bd. VII, S. 164.

Fritz Götzky und **Friedrich Weihe.** Zur Kasuistik des angeborenen totalen Rippendefektes. Fortschr. d. Röntgenstrahlen, Hamburg 1914, Bd. XXI, S. 408.

Aron Grinbarg. Über Mißbildung der Finger und Zehen an den Extremitäten. Dissert., München 1914.

A. Gusinde. Ein Fall von Situs viscerum inversus mit besonderer Berücksichtigung der Röntgendiagnostik. Dissert., Greifswald 1913.

Arthur F. Hertz. A case of transposed viscera. (Ein Fall von Situs inversus.) Arch. of the Roentgen ray, 1914, Bd. XVIII, S. 325.

Th. Herzog. Beitrag zur Pathologie des Turmschädels. Beitr. z. klin. Chir., Tübingen 1914, Bd. XC, S. 464.

Ada Hirsch. Ösophagus-Trachealfistel. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 216.

Karl Hirsch. Über angeborenen Schulterblatthochstand und Thoraxdefekt. Zeitschr f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXIII, S. 427.

S. H. Joffe. Ein Fall von Dicephalus tetrabrachius dipus. Dissert., München 1914.

Rudolf Klotz. Ein Fall von Acardius anencephalus mit partiellem Defekt beider Müllerscher Fäden. Arch. f. Gynäkol., Berlin 1914, Bd. CI, S. 537.

E. Leblanc. Malformations congénitales complexes du cœur droit. Interprétation clinique. (Komplexe angeborene Mißbildungen des rechten Herzens. Klinische Deutung.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 200.

Henry F. Lewis. The influence of spina bifida on prolapse of the genitalia. (Der Einfluß der Spina bifida auf den Genitalprolaps.) Illinois med. Journ., 1913, Bd. XXIII, S. 56.

Piero Ligabue. Contributo allo studio della spina bifida. (Beitrag zum Studium der Spina bifida.) Clin. chir., 1913, Bd. XXI, S. 2353.

Méry et **Parturier.** Absence congénitale de la glande mammaire du côté droit avec conservation du mamelon, agénésie du grand pectoral correspondent (portion sterno-costale). (Angeborenes Fehlen der rechten Brustdrüse bei erhaltener Brustwarze, gleichzeitiger Defekt des sternokostalen Teiles des M. pectoralis major.) Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1913, S. 520.

R. Monti. Ein Fall von angeborener Zwerchfellshernie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 99.

Marie Nageotte-Wilbouchewitch. Un cas de spina bifida occulta; scoliose par malformation de la cinqième vertèbre lombaire. (Ein Fall von Spina bifida occulta; Skoliose infolge Mißbildung des fünften Lendenwirbels.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 531.

Heinrich Nützel. Beitrag zur Kenntnis der Mißbildungen im Bereiche der oberen Hohlvene. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1914, Bd. XV, S. 1.

Richard Paltauf. Über einen seltenen Defekt in der Vorhofscheidewand. Verh. d. Deutschen pathol. Ges., Jena 1913, Bd. XVI, S. 249.

Siegfried Peltesohn. Über angeborenen Dornfortsatzdefekt. Charité-Ann., Berlin 1913, Bd. XXXVII, S. 508.

M. Pollak. Kombination von Spina bifida, Kloakenmißbildung und Eventeration an einer und derselben Frucht. Dissert., München 1914, S. 28.

G. Raillet. Un cas de côtes cervicales. (Ein Fall von Halsrippen.) Clinique, 1914, Bd. XXVIII, S. 33.

L. Rocher. Torticolis congénital chez un bébé de quatorze mois. Ténotomie de deux chefs à ciel ouvert. Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 10. März 1913.

Charles Roederer et **Max Bouvaist.** Un cas d'absence congénitale du radius. (Kongenitaler Radiusdefekt.) Rev. d'orthop., 1914, Bd. XXV, S. 129.

E. Salomon. Über einen Fall von kongenitaler Anorchie. Dissert., Bonn 1913.

Savariaud und **Roederer.** Absence congénitale des muscles pectoraux. — Bride axillaire. — Syndactylie. Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1914, S. 83.

Léon Simon. Monstruosités fœtales portant sur l'extrémité céphalique. Thèse de Paris, 1913.

Smith. Imperforate anus. Illinois Med. Journ., August 1914. Bericht über 2 Fälle von Atresia ani. Wachenheim (New York).

Johannes Sobotta. Eineiige Zwillinge und Doppelmißbildungen des Menschen im Lichte neuerer Forschungsergebnisse der Säugetierembryologie. Stud. d. pathol. Entw., Jena 1914, Bd. I, S. 394.

R. Atkinson Stoney. Spina bifida. (Spina bifida.) Clin. Journ., 1914, Bd. XLIII, S. 17.

Ludwig Stoss. Über einen Fall von Bauchspalte. Dissert., München 1913, S. 55.

Carlo Tedeschi. Über angeborene Brustmuskeldefekte. Arch. f. Orthop., Wiesbaden 1914, Bd. XIII, S. 276.

J. Thomas. Report of a case of total congenital absence of the femur, phocomélie. (Ein Fall von totalem Femurdefekt, Phokomelie.) The Cleveland Med. Journ., Mai 1913.

Gerhard Thomas. Über den kongenitalen ossären Schiefhals. Dissert., Kiel 1913.

P. Tutyschkin. Ein seltener Fall von Spina bifida mit späterem Einsetzen der Symptome seitens der Cauda equina, Conus medullaris, Epiconus Minoris usw. Neurol. Zentralbl., 1914, Bd. XXXIII, S. 153 und 220.

L. Unger. Ein Kind mit Mißbildungen. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1914, Bd. XIII, S. 215.

F. L. Wachenheim. Hemimelia thoracica. Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 707.

Hermann Weber. Zwei Fälle von Anenzephalie. Dissert., München 1913.

Chad Woodward. Case of congenital torticollis. (Ein Fall von angeborenem Schiefhals.) Proceed of the Roy. Soc. of Med., London 1914, Bd. VII, S. 111.

Vergiftungen.

Isaac A. Abt. Unusual type of acid intoxication in infants. (Ungewöhnliche Art von Säureintoxikation bei Kindern.) Amer. Journ. of the Med. scienc., 1914, Bd. CXLVII, S. 86.

Ernst Guth. Bromoformvergiftung. Prager med. Wochenschr., 1914, Bd. XXXIX, S. 90.

R. Magnus. Ein Fall von tödlicher Vergiftung mit Phosphorlebertran. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw., 1914, Bd. XLVII, S. 265.

L. A. Sexton. Guaiacol poisoning by absorption with report of a case. Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 285.

Gerichtliche Medizin.

F. Strassmann. Kindersterblichkeit in gerichtlich-medizinischer Beziehung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw., 1914, Bd. XLVII, S. 1.

Vakzination.

Joseph Beard. Generalised vaccina of face due to inoculation from arm of infant. (Generalisierte Vakzine des Gesichtes durch Inokulation vom Arm eines Kindes.) Liverpool Med.-chir. Journ., 1914, Bd. LXV, S. 80.

Alfred Groth. Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1912. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 134.

L. Voigt. Generalisierte Vakzine. Klin.-therap. Wochenschr., 1914, Bd. XXI, S. 61.

Hygiene und soziale Medizin.

Amidieu. De l'allaitement au sein des ouvrières. Chambres d'allaitement. (Stillen der Arbeiterinnen. Stillstuben.) Thèse de Lyon, 1913.

J. A. Baudouin. War against infantile mortality. (Der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit.) Public. health Journ., 1914, Bd. V, S. 305.

Marie Baum. Sorgt für die Kinder. Mutter und Kind, 1914, Bd. VI, S. 3.

— Der Geist der sozialen Arbeit. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VIII, S. 11.

— Zwei graphische Darstellungen über Stilldauer, Geschwisterentfernung und Säuglingssterblichkeit. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VIII, S. 110.

— Die wirtschaftliche und soziale Lage der Frauen in der modernen Industriestadt Hamborn. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VIII, S. 145.

Maria Baumbach. Aus der Fürsorgetätigkeit. Mutter und Kind, 1914, Bd. VI, S. 8.

Julio A. Bauza. Mortalidad infantil en la Republica del Uruguay en el decenio 1901—1910. (Säuglingssterblichkeit in der Republik Uruguay im Jahrzehnte 1901—1910.) Rev. med. del Uruguay, Februar 1913.

Franz Bieling und **Richard Bieling.** Untersuchungen über die Säuglingssterblichkeit in vier rheinhessischen Landgemeinden. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VII, S. 293, 378.

C. S. Bird. Eugenics. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 501.

Kurt Blaum. Die Bekämpfung der Mißstände im Kostkinderwesen. (Durch Gesetz, Verwaltung und private Fürsorge.) Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VI, S. 10.

E. Bonnaire. La loi Paul Strauss sur le repos des femmes en couches. Le rôle des dames visiteuses dans la lutte contre la mortalité infantile. (Das Gesetz Paul Strauss über das Arbeitsverbot für Wöchnerinnen. Die Aufgabe der Aufsichtsdamen im Kampfe gegen die Kindersterblichkeit.) Rev. philantr., 1914, Bd. XXXV, S. 129.

v. Bonsdorff. Ein finnländischer Gesetzentwurf über die unehelichen Kinder. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte und Fürsorgeerziehung, 1914, S. 66.

Philip Boobbyer. Mothers' and babies' welcomes or schools for mothers. (Fürsorgestellen für Mütter und Säuglinge oder Schulen für Mütter.) Journ. of the Roy. Sanit. Inst., 1913, Bd. XXXIV, S. 559.

Brown and **Campbell.** Infant mortality. (Säuglingssterblichkeit.) Canadian Med. Assoc. Journ., August 1914.
Wachenheim (New York).

John Burns. Infant mortality and child welfare. Journ. of Child., 1913, Bd. IV, S. 1.

Cadenaule. L'ouvroir de l'œuvre des nourrissons de la policlinique de Bordeaux. Pédiatrie, 1913, S. 114.

Richard Caton. Municipalities and infant life. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 75.

K. Classen. Die Kinderfürsorge der Hanseatischen Landesversicherungsanstalt zu Lenste. Zeitschr f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 753.

Louis Cruveilhier. Assistance au nourrisson et alimentation gratuite des mères. (Säuglingsfürsorge und Gratisspeisung von Müttern.) Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 87.

Delefosse. La puériculture en Angleterre. (Säuglingsfürsorge in England.) Enfance, 1914, Bd. II, S. 161.

Johann Dvořak. Mutterschutz und Sozialversicherung. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1914, Bd. VI, S. 63.

Gustav Elfert. Säuglingssterblichkeit, Säuglingsernährung und Säuglingsfürsorge in Aachen. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VIII, S. 73, 113.

Alois Epstein. Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion in der Säuglingsfürsorge. Prager med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 621.

E. Feer. Säuglingssterblichkeit und Geburtenrückgang. Festgabe der med. Fakultät, Universität Zürich, Einweihungsfeier 1914, S. 179.

Hans Feldmann. Zur Frage der Entwicklung unehelicher Kinder im ersten Lebensjahre unter Berücksichtigung des Säuglingsfürsorgesystems in Kiel. Dissert., Kiel 1913.

R. Felhoen. De l'élevage du nourrisson dont la mère travaille à l'usine. (Über die Pflege des Säuglings, dessen Mutter in der Fabrik arbeitet.) Rev. philanthr., 1914, Bd. XXXIV, S. 673.

S. Felsenthal. Das erste Jahr der Mutterberatungs- und Säuglingsfürsorgestelle in Mannheim. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VIII, S. 160.

Gannet. La protection des enfants du premier âge en France. (Säuglingsschutz in Frankreich.) Thèse de Paris, 1913.

H. J. Gerstenberger. The organization of Infant Mortality Work in Cleveland, showing the Relation between a municipality, a Babies' Dispensary an a University. (Orginisation der Säuglingsfürsorge in Cleveland; Beziehungen zwischen Stadtverwaltung, Kinderpoliklinik und Universität.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 129.

Gray. The reduction of infant mortality. (Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit.) New Jersey Med. Soc Journ., September 1914.
Wachenheim (New York).

Wilhelm Hardrat. Die Greifswalder Säuglingsfürsorge und ihr Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VIII, S. 21.

Hecker. Mittel und Wege der Kleinkinderfürsorge. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bl. VI, S. 33.

Oskar Heilmaier. Geburtenhäufigkeit, Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge in Würzburg. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VI, S. 1, 47.

H. Helbich. Jahresbericht der städtischen Säuglingsfürsorgestelle in Berlin-Schöneberg für das Etatsjahr 1912/13. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VII, S. 322.

A. Convay Henderson. How to make the lessons on the care and feeding of infants of practical use to the babies of to-day. (Wie kann man den Unterricht in der Pflege und Ernährung von Säuglingen praktisch für die jetzigen Säuglinge verwerten?) Journ. of the Roy. Sanit. Inst., 1913, Bd. XXXIV, S. 520.

O. Heubner. Über Säuglingsfürsorge sonst und jetzt. Zeitschrift f. Säuglingsschutz, 1914, Bd. VI, S. 1.

Th. Hoffa. Zur Organisation der Kinderfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 465, 515.

Hofmeier. Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit. Münchener med. Wochenschr., 1914. Bd. LXI, S. 1482.

Philip van Ingen. Recent progress in infant welfare work. (Neue Fortschritte in der Säuglingsfürsorge.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 471.

Paul Juillerat et **A. Fillassier.** Dix années de mortalité parisienne chez les enfants de 0 à 14 ans (97.885 décès). (Zehn Jahre Pariser Sterblichkeit bei den Kindern von 0 bis 14 Jahren [97.885 Todesfälle].) Rev. philanthr., 1914, Bd. XXXV, S. 147.

L. Jullian. La protection hygiénique de l'enfance à Toulouse. (Die hygienische Fürsorge für Kinder in Toulouse.) Thèse de Toulouse, Mai 1913, S. 93.

Ph Jung. Wie ist der Unterricht der Hebamme in Säuglingsfürsorge zu gestalten? Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, Bd. VI, S. 123.

J. M. Munro Kerr. Toxaemias of pregnancy and their effect on maternal and infantile mortality. With suggestions as to how the association and the public health department might assist obstretricians in

lessening the death rate from these and other complications of pregnancy and parturition. (Septikämie in der Schwangerschaft und ihr Einfluß auf die Sterblichkeit von Mutter und Kind; Vorschläge, wie die private und öffentliche Fürsorge die Geburtshelfer in der Herabsetzung der Sterblichkeit infolge dieser und anderer Komplikationen von Schwangerschaft und Entbindung unterstützen kann.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 170.

Klumker. Kriegsunterstützung und uneheliche Kinder. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VI, S. 65.

Chr. J. Klumker. Der Krieg und die Fürsorge für die Unehelichen. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte und Fürsorgeerziehung, 1915, Bd. VI, S. 185.

Else Knörich. Gesundheitspflege auf dem Lande. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VIII, S. 90, 129.

A. Lamalle. L'assistence aux nourrissons dans les grandes villes. Observations sur les œuvres liègeoises. (Die Säuglingsfürsorge in den großen Städten. Beobachtungen dieser Einrichtungen in Lüttich.) Scalpel et Liège med., 1914, Bd. LXVI, S. 675.

Julia C. Lathrop. The federal childrens' bureau of the united states of America. Some aspects of its present work. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 187.

Horace Legueq. La fondation Pierre Budin. Thèse de Paris, 1913, Nr. 126, S. 58.

A. Lesage. La chambre d'allaitement dans les usines et les magasins. (Das Stillzimmer in Fabriken und Geschäften.) Rev. philanthr., 1914, Bd. XXXV, S. 8.

v. Lüpke. Die Kriegsnot der unehelichen Kinder. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte und Fürsorgeerziehung, 1914, Bd. VI, S. 139.

Adolf Metzl. Über die Erfolge der Hebammenprämien im Bezirke Friedland in Böhmen. Zeitschr. f. Kinderschutz und Jugendfürsorge, 1914, Bd. VI, S. 164.

Gustav Mohr. Kann die Säuglingssterblichkeit noch weiter gemindert werden? Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. V, S. 203.

Leopold Moll. Säuglingssterblichkeit in Österreich. Österr. Sanitätsw., 1914, Bd. XXVI, S. 34.

Moncorvo fils. Protection de l'enfance au Brésil. (Säuglingsfürsorge in Brasilien.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 275.

W. E. Musgrave. Infant mortality in the Philippine islands. (Die Kindersterblichkeit auf den Philippinen.) Journ. of trop. Med. and Hyg., 1914, Bd. XVII, S. 167.

Kl. Neumann. Verbesserungsbestreben zur Lage unehelicher Mütter und Kinder in England. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. V, S. 178.

Georg Patzowsky. Über Hebammenprämien als Mittel der Stillpropaganda. Österr. Sanitätsw., 1914, Bd. XXVI, Beih. S. 28.

Pilsky. Maßnahmen gegen den Geburtenrückgang. Fortschr. d. Med., 1913, Bd. XIII, S. 1373.

G. R. Pisek. Milk in the poor home. (Milch in armem Haushalt.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 229.

H. W. Pooler. The effect of income on nursing capacity and infant growth. (Einfluß des Einkommens auf Stillfähigkeit und Säuglingszunahme.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 490.

Pürckhauser. Die Säuglingsfürsorge in kleinen Städten. Mit einem Berichte über die Ausgestaltung der Fürsorge in Dünkelsbühl. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. V, S. 166.

L. Py. La puériculture en France à l'heure actuelle. (Moderne Puerikultur in Frankreich.) Thèse de Toulouse, 1913.

Rademacher. Die Bedeutung der Hebammen für den Säuglingsschutz, besonders auf dem platten Lande. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, Bd. VI, S. 165.

Raimondi. Les pouponnières en France. Pédiatrie, 31. März 1913, Nr. 6, S. 92.

Otto Rapmund. Säuglingsfürsorge und Hebammen. Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1913, Bd. XXVI, S. 928.

Rivet. Puériculture. Étude critique. (Kritische Studie über Puerikultur.) Thèse de Paris, 1913.

Paul Rohmer. Individualstatistische Untersuchungen über die Gesundheits-, Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse der Säuglinge in einer großstädtischen Proletarierbevölkerung. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VII, S. 329, 330, 385.

Hermann Römer. Die Rostocker Kostkinder in den beiden ersten Jahren (1910/11) nach der Reorganisation des Kostkinderwesens. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VII, S. 311.

Rott. Die Heranziehung der Hebammen zur Säuglingsfürsorge. Ann. f. d. ges. Hebammenw., 1914, Bd. V, S. 1.

Salge. Die Bedeutung der ärztlichen Ausbildung für die Säuglings- und Kinderfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, Bd. VI, S. 37.

Artur Schlossmann. Die Frage des Geburtenrückganges. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VIII, S. 1, 59.

Johannes Schoedel. Gemeinsame Tätigkeit der Ortskrankenkasse und der Säuglingsfürsorgestelle in Chemnitz auf Grund des § 200 der Reichsversicherungsordnung. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, Bd. VI, S. 172.

Henry L. K. Shaw. The medical supervision of the child between infancy and school age. (Die ärztliche Überwachung des Kindes zwischen Säuglings- und Schulalter.) Arch. of pediatr., 1913. Bd. XXX, p. 945.)

C. H. Sieveking. Gewichtstabellen von Brustkindern und künstlich ernährten Säuglingen der Hamburger Fürsorgestellen. 1913. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VIII, S. 154.

Hermann Sieveking. Schlußerwiderung auf Dr. P. Hanssens Erwiderung. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. VII, S. 321.

Paul Sittler. Die Bestrebungen der Säuglingsfürsorge und ihre Unterstützung durch die Hebammen. Straßburger med. Ztg., 1913, Bd. X, S. 249.

Garret Smith. Organized co-operation in infant welfare work. Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 404.

Synnott. The conservation of child life. (Kinderschutz.) New Jersey State Med. Soc. Journ., August 1914. Wachenheim (New York).

J. Stiehler. Schwachbegabte in Fürsorgeerziehungsanstalten für Schulentlassene. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte und Fürsorgeerziehung, 1914, Bd. VI, S. 157.

Storck. Versorgung der unehelichen Kriegswaisen. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte und Fürsorgeerziehung, 1915, Bd. VI, S. 187.

Berthe Walch-Kerens. L'assistance à la femme enceinte, à la mère et au nourrisson. (Beistand für die Schwangeren, die Mutter und den Säugling.) Scalpel et Liège méd., 1914, Bd. LXV, S. 728.

H. A. Walter. Säuglingssterblichkeit und Säuglingspflege in England. Med. Reform, 1914, Bd. XXII, S. 77.

Wörner. Die Bekämpfung der Mißstände im Kostkinderwesen durch Gesetz, Verwaltung und private Fürsorge. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. V, S. 268.

Aus der Wiener Säuglingsfürsorge. Mutter und Kind, 1914, Bd. VI, S. 9.

Bestimmungen für die Aufnahme in die Schule für Säuglingspflege und Säuglingsfürsorge sowie in die Schule für kommunale Wohlfahrtspflegerinnen (Kreisfürsorgerinnen) der Stadt Köln a. Rh. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, Bd. VI, S. 100.

Das Findelhaus. Mutter und Kind, 1914, Bd. VI, S. 8.

Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien. Zeitschr. f. Kinderschutz und Jugendfürsorge, 1914, Bd. VI, S. 128.

Geburtenrückgang, Säuglingsfürsorge, Hebammen- und Kostkinderwesen. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1914, S. 204.

Krippen in der Kriegszeit. Mutter und Kind, 1914, Bd. VI, S. 3.

Tabellenentwürfe für eine einheitliche Statistik der städtischen Mutterberatungs- und Säuglingsfürsorgestellen. Überreicht vom Verband deutscher Städtestatistiker. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, Bd. VI, S. 74.

Hospitalswesen.

Pierre Lereboullet. L'hôpital des enfants malades, 1802—1913. Paris, Médical, 1913, S. 5.

Richard M. Smith. The organization of an out-patient clinic. (Organisation einer Poliklinik.) Arch. of Pediatrics, Bd. XXXI, S. 350.

Marga Wolf. Die Säuglingssterblichkeit der Tübinger Poliklinik in den Jahren 1911 und 1912. Med. Korrespondenzbl. d. württembergischen ärztl. Landesvereines, 1913, Bd. LXXXIII, S. 773.

Young. The Boston floating hospital. (Das schwimmende Hospital zu Boston.) Arch. of Pediatrics, Oktober 1914.
Eine gute Beschreibung dieser jetzt 20 Jahre bestehenden Anstalt.
Wachenheim (New York).

Schule.

Theodor Altschul. Die Frage der geistigen Ermüdung der Schulkinder. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 346.

Oskar Ball und **Felix Schleissner.** Notwendigkeit einer Reform der Schulmaßnahmen gegen übertragbare Kinderkrankheiten. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 705, 657.

Ernst Barth. Die Tätigkeit des Schularztes an den höheren Lehranstalten nach 5jähriger Erfahrung. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 354.

Hugo Bartsch. Über die Bestimmung des Ernährungszustandes bei Schulkindern. Der Schularzt, 1914, Bd. XII, S. 465.

Gustave Boutin. Du rôle du médecin dans les établissements d'enseignement secondaire. Thèse de Paris, 1913, Nr. 157, S. 44.

Gustav Brühl. Die Fürsorge der Stadt Berlin für schwerhörige und taube Schulkinder. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 401.

Leo Burgerstein. Arbeitsfeld und Ziele der Schulhygiene. Zeitschr f. päd. Psychol. u. exper. Päd., 1914, Bd. XV, S. 283.

Ernesto Caeace. Der schulhygienische Überwachungsdienst in Italien. Der Schularzt, 1914, Bd. XII, S. 121.

Janet Campbell. The teaching of infant care and management to girls in public elementary schools. (Der Unterricht der Mädchen in Säuglingspflege in Elementarschulen.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 418.

Coble. School hygiene. (Schulhygiene.) Tennessee State Med. Assoc. Journ., August 1914. Wachenheim (New York).

Richard Cords. Soll der Anfangsunterricht mit Antiqua oder Fraktur beginnen? Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Beih., S. 88.

Crampton. Prevention of schoolroom disease and dust. (Verhütung von Schulzimmerstaub und Krankheiten.) Med. Record, 22. August 1914.
Wachenheim (New York).

Ralph H. Crowley. Die gegenwärtige Lage der schulhygienischen Bewegung in England. Der Schularzt, Bd. XII, S. 385.

Eugen Doernberger. Schulärzte an höheren Knaben- und Mädchenschulen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Beih., S. 214.

J. Dreyfuss. Schularzttätigkeit und Krieg. Der Schularzt, 1914, Bd. XII, S. 789.

Am Ende. Die Bekämpfung des Straßenstaubes im Bereiche der Krankenhäuser und Schulen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 760.

Ennett. Defects and diseases in school children and their significance. (Bedeutung der Defekte und Krankheiten der Schulkinder.) Old Dominion Journ. of Med. and Surg., August 1914.
Wachenheim (New York).

Ernst R. W. Frank. Schulhygienisches aus Bozen. Med. Ref., 1914, Bd. XXII, S. 198.

Gettkant. Der Schularzt in der Fortbildungsschule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Beiheft, S. 183.

Bruno Gettkant. Die Diphtheriebekämpfung in den Schulen. Deutsche med. Wochenschr., Leipzig 1913, Bd. XXXIX, S. 2515.

Gettkant und **Helbich.** Aus der schulärztlichen Tätigkeit zu Berlin-Schöneberg im Schuljahr 1913/14. Der Schularzt, 1915, Bd. XIII, S. 33.

G. Gohde. Verkauf von Nahrungs-, Genußmitteln und anderen Gegenständen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 562.

Gottstein. Der Schularzt in der Fortbildungsschule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Beih., S. 199.

A. Gottstein. Das Auftreten der Diphtherie in den Schulen und die Methoden ihrer Bekämpfung. Deutsche med. Wochenschr., Leipzig 1914, Bd. XL, S. 442.

Sir James Grant. School hygiene and child life. (Schulgesundheitspflege und Kinderleben.) Canada Lancet, 1913, Bd. XLVII, S. 248.

Julius Heller. Die Bedeutung der Hautkrankheiten der Schulkinder für den Schularzt. Der Schularzt, 1914, Bd. XII, S. 689, 737.

F. Kemsies. Militärische Jugendvorbereitung und Schule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1915, Bd. XXVIII, S. 7.

Kloberg. Berichterstattung der nebenamtlich angestellten Schulärzte. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Beih., S. 271.

Erich Kloss. Zur Methodik des Hygieneunterrichtes in den Fortbildungsschulen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 609.

W. Krassmöller. Zur Psychologie der Schulangst und ihre therapeutische Behandlung im Unterricht. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 337.

Franz F. Krusius. Beziehungen zwischen Schule und Auge. Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspfl., 1913, Bd. XXXII, S. 414.

Friedrich Lorentz. Gewerbehygienische Belehrungen an Fach- und Fortbildungsschulen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 613.

E. Mayer. Wirbelsäulenverkrümmung und Schule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 554.

E. Mazoyer. Protestion et surveillance du développement de l'enfant. Le fichier sanitaire scolaire. (Schutz und Überwachung der Entwicklung des Kindes. Die Schulgesundheitskarte.) Méd. scolaire. 1913, Bd. VI, S. 329.

Montague. The medical inspection of public schools. (Ärztliche Schulaufsicht.) Northwest Medicine, Juni 1914.
Wachenheim (New York).

Mosapp. Die pädagogische und gesundheitliche Bedeutung der Schulstrafen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Beih., S. 138.

Moses. Die pädagogische und gesundheitliche Bedeutung der Schulstrafen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Beih., S. 161.

Julius Moses. Der deutsche Krieg und die deutsche Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1915, Bd. XXVIII, S. 1.

Johannes Müller. Die Breslauer umlegbare Schulbank und die Rettigbank. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, S. XXVII, S. 421.

Neumann. Schulkinderuntersuchungen im Kreise Westerburg. Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw., 1914, Bd. III, S. 583.

E. Margaret Nuth. Open-air education for well-to-do children. An account of the open-air school held in the botanical gardens, Regent's Park, London. (Freiluftерziehung für gut situierte Kinder.

Bericht über die Freiluftschule im botanischen Garten im Regentspark, London.) Journ. of Child, 1914, Bd. IV, S. 438.

Oebbecke. Erwiderung auf die Arbeit: Johannes Müller, Die Breslauer umlegbare Schulbank und die Rettigbank. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 429.

Peters. Beeinflussung der Schulleistungen unserer Volksschulkinder durch körperliche Störungen. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 237.

v. Scheurlen. Die neue Schularztorganisation in Württemberg. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Beih., S. 30.

Eugen Schlesinger. Der Schularzt in der Fortbildungsschule. Der Schularzt, 1914, Bd. XII, S. 641.

Otto Schmidt. Soll der Anfangsunterricht mit Antiqua oder Fraktur beginnen? Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Beih., S. 110.

Hugo Selter. Welche Anforderungen sind von hygienischer Seite an die Grundrißgestaltung der Schulen zu stellen und inwieweit bedürfen die behördlichen Bestimmungen über den Schulbau einer Änderung? Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Beih., S. 43.

Helene Friederike Stelzner. Schulärzte an höheren Knaben- und Mädchenschulen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Beih., S. 231.

J. W. Torbett. Clinical observations on the medical inspection of schools. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 372.

Uhlig. Welche Anforderungen sind von hygienischer Seite an die Grundrißgestaltung der Schulen zu stellen und inwieweit bedürfen die behördlichen Bestimmungen über den Schulbau einer Änderung? Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Beih., S. 59.

Wimmenauer. Zur Organisation der Schulzahnpflege: Schulzahnklinik oder freie Zahnarztwahl. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 764.

Winslow. The medical inspection and examination of school children. (Ärztliche Schulaufsicht.) Albany Med. Ann., Mai 1914.
Wachenheim (New York).

Julius Zappert. Nervöse Alltagserscheinungen bei Schulkindern. Österr. Sanitätsw., 1914, Bd. XXVI, S. 51, 61.

Gertrud Zucker. Über die Mitwirkung des Schularztes bei der Berufsberatung. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 417.

Inhalt.

Behandlung und Pflege. **Heymanns van den Bergh** und **Wiersma.** *Meltzersche Methode bei inneren Krankheiten 175.* — **Serologie und Immunitätslehre.** **Jakob Awerbuch.** *Antianaphylaxie 175.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie.** **K. Stolte.** *Weniger schematische Behandlung von Säuglingen 176.* — **Schippers.** *Behandlung chronischer Darmkatarrhe 176.* — **K. Takasu.** *Eigentümliche Säuglingskrankheiten in Japan 177.* — **Cornelia de Lange.** *Hungernde Säuglinge 177.* — **Konstitution und Diathesen.** **Charles M'Neil.** *Anaphylaxie und Status lymphaticus 178.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.** **Felix v. Szontagh.** *Kontagiositätsproblem 179.* — **Karl Alber.** *Behandlung der Diphtherie 179.* — **Marc Paunz.** *Komplikationen der Nebenhöhlenentzündungen der Nase bei Scharlach 180.*

— **A. Stegemann.** *Veränderungen des Myokards und der Herzganglien bei Scharlach 180.* — **Tuberkulose. Cornelia de Lange.** *Pirquetsche Reaktion mit humanem und mit bovinem Tuberkulin 181.* — **Van Dorp.** *Sonnenbehandlung an der See bei chirurgischer Tuberkulose 181.* — **Respirationsorgane. Ludwig Jehle.** *Bronchialerkrankungen 182.* — **Blut und blutbildende Organe. Ernst Stettner.** *Schwere Anämie 182.* — **Erich Adler.** *Leukämie 183.* — **Lymphatischer Apparat. Clifford P. Johnson.** *Kranke Tonsillen 183.* — **Erkrankungen des Zentralnervensystems. Van der Torren.** *Traumatischer Gehirnabszeß 184.* — **Mund, Nase, Ohr, Kehlkopf. Heinrich Petry.** *Nasenbluten 184.* — **Mißbildungen. Reys.** *Madelungsche Mißbildung 184.* — **Max Soldin.** *Fontanellenknochen 185,* — **Berichte. Niederländischer Verein für Pädiatrie** *185.* — **Besprechungen. Mann.** *Lehrbuch der Tracheo-Bronchoskopie 186.* — **Abel.** *Bakteriologisches Taschenbuch 186.* — **v. Tappeiner.** *Anleitung zu chemisch-diagnostischen Untersuchungen 186.* — **Harnack.** *Die gerichtliche Medizin 186.* — **F. Göppert.** *Nasen-, Rachen- und Ohrerkrankungen des Kindes 186.* — **Hans Eckert.** *Ursachen und Wesen angeborener Diathesen 187.* — **H. v. Mettenheimer, F. Götzky** und **F. Weihe.** *Klinische Beobachtungen und Erfahrungen aus der Kinderklinik in Frankfurt a. M.* — **H. v. Baeyer** und **F. Winter.** *Kinderturnen 188.* — **Max Kassowitz.** *Gesundheit des Kindes 188.* — *Jahrbuch der Schulgesundheitspflege 188.* — **Georg Prenger.** *Unehelichkeit im Königreich Sachsen 189.* — **Johann Bapt. Roetzer.** *Säuglingssterblichkeit in Altbayern 189.* — *II. Preußische Landeskonferenz für Säuglingsschutz 189.* — **v. Jagić.** *Handbuch der allgemeinen Pathologie, Diagnostik und Therapie der Herz- und Gefäßerkrankungen 190.* — **I. Cemach.** *Chirurgische Diagnostik 190.* — **E. Oberndörfer.** *Roth's klinische Terminologie 190.* — *Zentralblatt für Psychologie und psychologische Pädagogik 190.* — **Ergänzende Literaturübersicht** *191.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE
Herausgegeben von

Czerny Berlin | **Göppert** Göttingen | **Knöpfelmacher** Wien | **Moro** Heidelberg | **Thiemich** Leipzig | **Tobler** Breslau | **Berend** Budapest

Comba Florenz | **Johannessen** Kristiania | **Koplik** New-York | **Marfan** Paris | **Sehkarin** St. Petersburg | **Thomson** Edinburg | **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.
Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 20.—.
Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 30.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XIV. **Referate.** Nr. 4.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

A. Hotz. *Dynamische Pulsuntersuchungen bei Kindern im Vergleich mit Erwachsenen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 313 bis 333.)

Untersuchungen mit der von Christen angegebenen Methode führten zu dem Ergebnis, daß die energometrischen Werte unter normalen Verhältnissen dem Körpergewicht entsprechend schwanken. Für jedes Körpergewicht lassen sich Durchschnittswerte aufstellen, von denen die bei pathologischen Zuständen gefundenen Werte erheblich abweichen. Nach anstrengender körperlicher Arbeit bleibt während mehrerer Tage eine Nachwirkung auf den Kreislauf erkennbar, wobei das Pulsvolumen vergrößert ist bei vermindertem Blutdruck. Dagegen führt Überanstrengung zu stark herabgesetzter Füllung des Pulses. H. Vogt.

C. H. Smith and **L. T. Lewald.** *The influence of posture on digestion in infancy.* (Einfluß der Körperlage auf die Verdauung.) (Americ. Journ. Dis. Child., April 1915.)

Alle Säuglinge schlucken Luft, das Aufstoßen derselben wird durch Aufsitzen erleichtert, durch Liegen erschwert; in letzterer Lage werden Erbrechen, Kolik, Dyspepsie und Schlaflosigkeit gefördert. Das Kind soll vor dem Säugen und bedeutende Zeit nach demselben aufsitzen und erst nach Aufstoßen der Luft hingelegt werden. Bei Unruhe soll man mit der Aufsitzprobe beginnen. Kurze Nährintervalle sind schädlich, desgleichen Verzögerung der Nährzeit, welche am besten nicht über 10 Minuten betragen soll.

Verff. unterstützen ihre interessanten Anschauungen durch reichliche Röntgenabbildungen; die Magenblase scheint beim Säugling sich sehr stark auszubilden. Wachenheim (New York).

Ilse Hauser-Exner. *Die Entwicklung eines Zwillingpaares im ersten Lebensjahr.* (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. V, S. 161.)

Genaues Verzeichnis der Gewichtszunahmen eines Zwillingspaares (Knabe und Mädchen) während des ersten Lebensjahres. Nachahmenswertes Beispiel genauer mütterlicher Beobachtung.

Bloch (Regensburg).

Allgemeine Diagnostik.

Crulee and **Moody.** *The Lange gold chlorid reaction on the cerebrospinal fluid of infants and young children.* (Die Goldchloridreaktion der Zerebrospinalflüssigkeit bei kleinen Kindern.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Januar 1915.)

Die Reaktion ist kaum für Syphilis spezifisch, denn die tuberkulöse Meningitis reagiert ebenfalls, wenngleich erst in 2- bis 4mal dünnerer Lösung. Die Probe hat anscheinend bloß beschränkten diagnostischen Wert. Wachenheim (New York).

Snapper. *Der Nachweis von Blut in den Fäzes.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1915, Bd. I, S. 1515.)

Die meisten Autoren, u. a. Boas, legen, wegen ihrer großen Empfindlichkeit, auf die Färbeprobe größeren Wert als auf die spektroskopische Untersuchung. Während z. B. durch die Guajakprobe, die am wenigsten empfindliche Färbeprobe, Blut schon bei einer Verdünnung von 1:50.000 nachzuweisen ist, gelingt dies mit der spektroskopischen Untersuchung erst bei einer Verdünnung von 1:20.000.

Diese geringere Brauchbarkeit der spektroskopischen Untersuchung ist zum großen Teil Folge von störenden Einflüssen, welche sonstige in den Fäzes vorhandene Farbstoffe auf das Spektrum ausüben.

Snapper hat nun versucht, diese Einflüsse dadurch zu umgehen, daß die die Untersuchung störenden Farbstoffe mittels Azeton aufgelöst und entfernt werden. Dadurch gelang es ihm, die spektroskopische Probe empfindlicher zu machen als die empfindlichsten Farbproben.

Die durch Snapper angegebene Methode ist nun folgende:

Einige Gramm der Fäzes werden in einem Mörser mit Übermaß von Azeton zerrieben, dann filtriert, das Filter wird solange mit Azeton ausgewaschen, bis das Filtrat farblos durchläuft. Nach etwa einer Stunde, bis also die auf dem Filter zurückgebliebenen Fäzes trocken sind, wird diese trockene Masse mit Eisessig zu einem Brei zerrieben, zu welchem etwas Äther zugefügt wird, und nachher wird filtriert. Es soll nur so viel Eisessig und Äther zugefügt werden, daß man höchstens 2 cm^3 Filtrat bekommt. Diesem werden 5 Tropfen Pyridin und 2 Tropfen frisches Schwefelammonium zugefügt, danach direkt spektroskopisch untersucht.

Snapper ist der Meinung, daß für den Nachweis okkulter Blutungen diese spektroskopische Untersuchungsmethode der Farbstoffprobe vorzuziehen ist.

Aus diesbezüglichen Kontrollversuchen bei Gesunden hatte sich nämlich ergeben, daß schon nach dem Gebrauche von 1 bis $1^1/_2$ cm³ Blut per os die spektroskopische Untersuchung ein positives Resultat lieferte, während die Färbeprobe erst nach Einnahme von mindestens 2 cm³ Blut positiv wurde. Graanboom.

Behandlung und Pflege.

Zingher. *A simple syringe method for the transfer of blood from donor to recipient; its application in the treatment of scarlet fever and other conditions.* (Einfache Transfusionsmethode.) (Arch. of Pediatr., Dezember 1914.)

Verf. empfiehlt die Transfusion bei schwerem Scharlachfieber. Wachenheim (New York).

Mc Clanahan. *The management of delicate and premature infants in the home.* (Pflege schwächlicher und frühgeborener Säuglinge zu Hause.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 14. November 1914.)

Verf. warnt vor übermäßiger Erhitzung und betont die Gefahren der Couveuse. Wachenheim New York).

Mosher. *The care of the abdomen in infancy and childhood.* (Bauchpflege im Kindesalter.) (New York State Journ. of Med., Dezember 1914.)

Verf. empfiehlt Übungen der Bauchmuskulatur im frühen Kindesalter. Wachenheim (New York).

Pharmakologie und Toxikologie.

Max Klotz. *Fortschritte in der medikamentösen Therapie der Kinderkrankheiten.* (Therap. Monatsh., März 1915, S. 129.)

Ablehnung der bisher versuchten Organtherapie der Rachitis. Die Kalkbehandlung der Rachitis — nur in Verbindung mit Phosphorlebertran — hat nur Sinn bei geringem Kalkangebot der Nahrung, wie es bei Brustkindern der Fall ist. Besonders wichtig und erfolgreich ist die Kalktherapie bei der Spasmophilie. Statt der Chloralhydratklysmen werden die subkutanen Injektionen von Luminalnatrium (0·10) empfohlen, auch zur Behandlung der Epilepsie, ebenso das Sedobrol. Als Beruhigungsmittel ist Pantoponsirup geeignet,

jedoch das gedankenlose Verschreiben desselben zu verwerfen. An Stelle der Solutio arsenic. Fowleri wird das Elarson und Eisenelarson empfohlen. Ristin ist ein ideales Antiskabiosum, Pellidol bewährt sich in der Ekzembehandlung der Säuglinge.

Zuppinger (Wien).

Joseph Langer. *Versuche zur Anwendung von Bienenstich und Bienengift als Heilmittel bei chronisch-rheumatischen Erkrankungen des Kindesalters.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 234 bis 251.)

Die zur Behandlung rheumatischer Leiden empfohlene Bienenstichkur ist wegen ihrer Schmerzhaftigkeit bei Kindern nicht gut verwendbar. Weniger schmerzhaft ist die Einspritzung von Bienengift und diese Art der Behandlung hat bei einem Fall von chronischem Rheumatismus im Kindesalter anscheinend günstig gewirkt. Von 3 mit Bienenstichen behandelten Kranken zeigten 2 die von Tere beschriebene, relative Immunität der Rheumatiker, während der dritte sehr stark reagierte. H. Vogt.

Frank Moxon. *The use of atropine tablets for the determination of refraction in children.* (Lancet, 11. Okt. 1913.)

Verf. verwendet bei Refraktionsbestimmungen bei Kindern nicht die üblichen Atropintropfen oder -salben, die im Hause mehrere Tage lang verwendet werden sollen, sondern Tabletten, die er selbst in den unteren Konjunktivalsack einbringt, die sich in 10 bis 20 Sekunden lösen und in 10 bis 15 Minuten die gewünschte Wirkung hervorbringen. Er spart dadurch Zeit und Kosten und erzielt durch die von ihm selbst vorgenommene Applikation sichere Wirkung. Eckhardt.

Posthumus Meyes. *Taubheit behandelt mit Mesothorium.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, Bd. II, S. 2079.)

Meyes teilt seine Erfahrungen mit über Anwendung von Mesothorium als Heilmittel gegen Taubheit bei etwa 100 tauben Erwachsenen und Kindern unter 8 Jahren nach einer Behandlungs- und Beobachtungsdauer von 8 Monaten. Das Mittel wurde im äußeren Gehörgang appliziert, mit Hilfe des Apparates von Hügel, welches 1 mg Mesothorium, übereinstimmend mit 1·35 mg Radiumbromid, enthält, anfänglich während $1^1/_2$ Minuten, allmählich steigend bis zu $2^1/_2$ Minuten. Durchschnittlich wurde jeder Patient 6mal bestrahlt, mit Zwischenpausen von 3 Tagen. Wenn nötig, wurde nach 2 Monaten der Behandlungszyklus wiederholt.

In 5 Fällen der Erkrankung des Labyrinths und in 25 Fällen von Sklerosis Aurium blieb die Behandlung ohne jeden Erfolg. Dieser war am günstigsten bei 10 von den 20 Patienten mit Taubheit infolge trockenen Mittelohrkatarrhs und Perforation des Trommelfelles, welche Patienten alle schon vorher, ohne jeden Erfolg, während längerer Zeit mit den üblichen Mitteln behandelt waren. In vielen Fällen, wo die Taubheit nicht beeinflußt wurde, gelang es jedoch, das quälende Ohrensausen zum Verschwinden zu bringen.

Im ganzen wurde 800mal bestrahlt, ohne einen einzigen unangenehmen Zwischenfall. Von Meyes wird diese Harmlosigkeit der von ihm gewählten und vorsichtigen Dosierung zugeschrieben.

Nach Meyes soll das Mesothorium dem Radium vorzuziehen sein. Graanboom.

H. K. Hill. *A note on the use of liquid paraffin in infants.* (Bemerkung über die Verwendung flüssigen Paraffins bei Säuglingen.) (Arch. of Pediat., Februar 1915.)

Als Laxans leistet das Medikament Vorzügliches, auch als Abführmittel bei enteritischen Störungen, nur werden meist zu kleine Dosen angewandt. Verf. empfiehlt die Verbindung mit Fütterung von Milchsäurebazillen. Wachenheim (New York).

Robert Amstad. *Die Ausscheidung des Jods im Harn der Kinder.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 222 bis 233.)

Während Säuglinge nach einmaliger Aufnahme von 0·1 g Jodkalium etwa 64 bis 72% davon mit dem Harn ausscheiden, Erwachsene etwa 67 bis 71% nach 0·2 g Jodkali, schieden Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren nach der gleichen Dosis wie Erwachsene nur etwa 37 bis 50% aus. Auch der zeitliche Ablauf der Ausscheidung entsprach bei Säuglingen den Erwachsenen, während er bei den älteren Kindern hiervon abwich. Die Ursache dieses verschiedenen Verhaltens der Kinder aus verschiedenen Lebensaltern ist vorläufig nicht ersichtlich. H. Vogt.

V. Erdt. *Vergiftungstod durch Chineonal.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 35.)

Ein 2½jähriges Kind nahm im Laufe des Tages 9 Chineonaltabletten zu sich. Es wurde schläfrig, fiel hin und erbrach. Dann wurde es soporös, zyanotisch; die Pupillen reagierten nicht mehr. Exitus am gleichen Tage. Pathologisch-anatomischer Befund negativ. Chemisch ließen sich im Gehirn Veronalkristalle nachweisen.

100 Gramm Chineonal enthalten zirka 36 Gramm Veronal und 64 Gramm Chinin. Chineonal ist in Tabletten und Dragéeform von 0·1, 0·2, 0·3 im Handel.

Im vorliegenden Fall hatte das Kind in 6 bis 8 Stunden zirka 0·648 Veronal und 1·15 Chinin zu sich genommen. Gegen die Auffassung, daß es sich um eine Chininvergiftung gehandelt haben könnte, sprach der Sektionsbefund (fehlende Hirnhyperämie) und die Dyspnöe und Zyanose, desgleichen der positive Veronalbefund im Gehirn. Da aber tödliche Vergiftungen von Kindern in gleichem Alter durch 1·2 Chinin sichergestellt sind, so wird die Bedeutung des Chinins nicht unterschätzt werden dürfen. Klotz.

Bakteriologie.

Flexner. Noguchi and **Amoss.** *The survivial and virulence of the micro-organism cultivated from poliomyelitic tissues.* (Überleben und Virulenz des Poliomyelitiskeimes.) (Journ. Exper. Med., Januar 1915.)

Der Keim bleibt wenigstens 1 Jahr virulent. Bei Affen versagt oft die erste Einspritzung, sie verleiht aber in diesem Falle keine Immunität. Wachenheim (New York).

L. Pearce. *A comparison of the adult and infant types of gonococci.* (Vergleich der Gonokokken bei Kindern und Erwachsenen.) (Journ. Exper. Med., April 1915.)

Mittels Agglutination und Komplementfixation kann man zwei verschiedene Rassen des Gonokokkus unterscheiden. Bei Ophthalmie findet man den Typus der Erwachsenen.

Wachenheim (New York).

Otto Mayer. *Über die Verbreitung der Y-Dysenteriebazillen.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 35.)

Der Verf. weist auf die großen Schwierigkeiten der bakteriologischen Diagnose hin, erläutert aber an Hand einer kleinen Epidemie den Nutzen der Stuhlkontrolle. Er betont, daß die Ausscheidung von Pseudoruhrbazillen so kurzdauernd sein kann, daß bakteriologische positive Befunde gewissermaßen Zufallstreffer werden. Hierzu kommt noch die außerordentlich wichtige Tatsache, daß die Stuhlproben ganz frisch untersucht werden müssen. Im bürgerlichen Leben geht daher wohl in den meisten Fällen die Diagnose Dysenterie verloren. Anders in Internaten, Kasernen u. dgl.

Die Einschleppung der Ruhr in Internate erfolgt mit Ausnahme einiger Irren- usw.-Anstalten wohl immer von außen her.

Verf. streift endlich noch die Frage der Enteritis follicularis und fordert zu emsigen Stuhluntersuchungen auf.

So richtig und maßvoll die Ausführungen des Autors sind, so unbefriedigend ist leider die gegenwärtige Sachlage dieses Problems, mag man es von der klinischen, bakteriologischen oder pathologisch-anatomischen Seite betrachten. Wir Kinderärzte dürften in erster Linie ein Lied davon singen können. Ich habe unter dem Eindrucke der gehäuften Verlautbarungen über die infektiöse Genese der follikulären Enteritiden in diesem Jahr Dutzende von ruhrartigen Durchfällen bakteriologisch untersuchen lassen. Niemals ein positiver Befund. Klotz.

Knox and **Ford.** *The occurrence of bacterium Welchii (Bacillus aerogenes capsulatus) in the dejecta of children.* (Vorkommen des Bac. aerogenes capsulatus in den Entleerungen der Kinder.) (Bull. Johns Hopkins Hosp., Januar 1915.)

Entgegen den Äußerungen der Bostoner Schule finden Verff. diesen Bazillus auch bei gesunden Kindern, aber nicht bei natür-

licher Ernährung; seine pathologische Rolle ist daher sehr zu bezweifeln. Wachenheim (New York).

Serologie und Immunitätslehre.

Alexius Reisz und **Zoltán Barabás.** *Über die Fermente, die die Eiweiße des Diphtherieserums spalten.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 334 bis 341.)

Die Untersuchung des Blutes nach vorausgegangener Seruminjektion mit dem Dialysierverfahren ergab, daß eiweißspaltende Fermente im Blute frühzeitig nachweisbar werden und sich lange erhalten. In einem Falle war die Reaktion auf eiweißspaltendes Ferment schon am Tage nach der Seruminjektion nachweisbar. Je nach der Menge des angewandten Serums scheinen die Fermente kürzere oder längere Zeit im Blut erhalten zu bleiben. Das frühzeitige Auftreten der Fermente erlaubt es, ihnen eine Bedeutung für die Entstehung der Serumkrankheit zuzuerkennen. H. Vogt.

Georg Bessau. *Über Serumantianaphylaxie beim Menschen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 183 bis 209.)

Im Anschluß an schwere Serumkrankheit kann Antianaphylaxie beobachtet werden. Eine durch Pferdeserum ausgelöste Serumkrankheit schwächt nicht nur die Empfindlichkeit gegen Pferdeserum ab, sondern ebenso auch eine gleichzeitig bestehende Überempfindlichkeit gegen Rinderserum. Das Serumexanthem entwickelt sich in der antianaphylaktischen Periode, es kann also nicht durch lokale Antigen-Antikörperreaktion ausgelöst werden. Die Antianaphylaxie bei der Serumkrankheit entsteht zu einer Zeit, wo die im Organismus noch vorhandenen Antigene mit den in starker Vermehrung begriffenen Antikörpern reagieren, kann also nicht als Absorptionsanaphylaxie im Sinne von Friedberger aufgefaßt werden. Ob die Anaphylaxie bei Serumkrankheit als Fällungsanaphalxyie oder als Giftanaphylaxie aufgefaßt werden kann, läßt sich vorläufig nicht entscheiden. H. Vogt.

Entwicklung und Sprache.

Freeman. *Weights and measurements of infants and children in private practice compared with institution children and school children.* (Gewicht und Körpermaß der Kinder.) (Americ. Journ. Dis. Childr., November 1914.)

Verf. weist ein bedeutendes Nachbleiben der ärmeren Bevölkerung gegenüber Kindern in der wohlhabenden Privatpraxis nach.

Wachenheim (New York).

Beekman. *Precocious maturity in girls.* (Frühreife bei Mädchen.) (Arch. of Pediatr., Januar 1915.)

Verf. beschreibt einen Fall. Menses im 5. Jahre, anscheinend volle Entwicklung im 7. Jahre, bei Röntgenuntersuchung Epiphysenverschmelzung, Zahnentwicklung aber wenig verfrüht, Schädelentwicklung kaum 2 Jahre voraus. Psyche kindlich.

Wachenheim (New York).

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Hector Charles Cameron. *Causes of the failure of women to nurse their infants at the breast.* (Ursachen der Stillunfähigkeit.) (Lancet, 27. Sept. 1913.)

Verf. bespricht ausführlich Bekanntes und Anerkanntes. — Daß viele Mütter behaupten, die Nahrung verloren zu haben, kurz nachdem sie nach der Entbindung das Bett wieder verlassen hatten, erklärt er dadurch, daß die vorher meist dicht neben der Mutter liegenden und durch ihre Körperwärme warm gehaltenen Kinder nunmehr sich zu stark abkühlen, dadurch Schaden erleiden und nicht mehr kräftig genug saugen. Sorgfältige Beobachtung der Temperatur des Kindes und eventuelle Zufuhr künstlicher Wärme hält Verf. daher für sehr wichtig.

Eckhardt.

Churchill. *The wetnurse in hospital practice.* (Die Amme in der Hospitalpraxis.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 21. November 1914.)

Bei kranken Kindern sind nicht nennenswerte Erfolge zu verzeichnen gegenüber der künstlichen Ernährung.

Wachenheim (New York).

Dennett. *The use of boiled milk in infant feeding.* (Die Verwendung gekochter Milch bei der Säuglingsernährung.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 5. Dezember 1914.)

Die Gefahr von Skorbut ist gering und durch kleine Gaben von Orangensaft zu vermeiden. Die gekochte Milch ist ebenso verdaulich wie die rohe und hat nicht mehr Neigung, Rachitis zu verursachen, bei Verdauungsstörungen ist der Übergang von der rohen Milch sogar öfter vorteilhaft, mit dem einzigen Nachteil, die Durchfälle durch Obstipation zu ersetzen. Wachenheim (New York).

L. Baron. *Über die Erfolge der Eiweißmilchbehandlung.* (Jahrb. f. Kinderkeilk., Bd. LXXXI, S. 252 bis 268.)

Verf. ist von den Erfolgen der Behandlung schwerer Ernährungsstörungen mit Eiweißmilch sehr befriedigt. Besonders günstig waren seine Erfahrungen bei der Behandlung der Dekomposition, „diesem schweren und häufig verhängnisvollen Krankheitsbilde der Säuglinge"; für diese Fälle zieht er die Eiweißmilch allen anderen

Behandlungsarten vor. Weniger zuverlässig erwies sich ihm die Eiweißmilch bei parenteralen Durchfällen. H. Vogt.

Stärcke-Polenaar. *Eine neue Bereitungsweise von Buttermilch für Säuglinge.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1915, Bd. I, S. 522.)

Bekanntlich wird die Bereitung der Buttermilchsuppe für Säuglingsernährung öfter dadurch gestört, daß beim Kochen der Buttermilch mit dem Mehle eine unerwünschte Gerinnung auftritt.

Diese Gerinnung kann man nun durch die nachfolgende Bereitungsweise umgehen:

Die verlangte Menge Mehl wird mit etwa 100 g frischem Wasser kalt angerührt und das Ganze dann aufgekocht zu einem Brei. Während des Kochens wird, unter stetigem Umrühren und fortgesetztem Aufkochen, 1 l Buttermilch in kleinen Portionen dem Brei zugefügt.

Auf diese Weise erfordert, auf einer guten Gasflamme, die Bereitung nur 15 bis 20 Minuten. Graanboom.

Rost. *Observations on the use of Stoeltzners casein-calcium milk in the treatment of summer diarrheas of infancy and early childhood.* (Erfahrungen mit Stölzners Kasein-Kalziummilch.) (Arch. of Pediatr., November 1914.)

Verf. meint, daß dieses Nährmittel die Finkelsteinsche Eiweißmilch ganz gut zu ersetzen vermag.

Wachenheim (New York).

Hugo Nothmann. *Über Bananenmehl in der Ernährung der Säuglinge.* (Therap. Monatsh., April 1915, S. 205.)

Das Bananenmehl — Melban — in 2 Sorten besitzt geringen Fett- und Eiweiß- und hohen Kohlehydrat- und Salzgehalt, ist rascher löslich als Hafer- und Weizenmehl und wird wegen des süßlichen Fruchtgeschmackes von den Kindern meist gern genommen. Es wirkt stopfend — das gelbe Mehl stärker als das helle — und hat sich nach den Ernährungsversuchen an 60 Säuglingen in dem bisherigen Indikationsgebiet der Mehle bewährt: 1. bei gesunden Säuglingen als Mehl-Milchmischung schon vom zweiten Monate an, 2. als zeitweilige Mehldiät bei akuten leichten Erkrankungen, etwa vom dritten Monate an, 3. als Mehl-Milchmischungen bei älteren, stark untergewichtigen Kindern, die bei anderen Mehlmischungen nicht vorwärts kommen. Der Preis ist etwas höher als der anderer Mehle.

Zuppinger (Wien).

H. Determann. *Die vegetarische und fleischarme Ernährung. Eine kritische Studie.* (Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh., Bd. V, H. 5.)

Verf. gibt eine Übersicht über die Bedeutung der pflanzlichen Nahrungsmittel für den Stoffwechsel des Menschen und tritt auf Grund seiner ärztlichen Erfahrungen für eine ausgiebige therapeutische Verwendung fleischarmer oder fleischfreier Ernährung ein. Im einzelnen

wird ihre Verwendung bei bestimmten Krankheitsfällen, wie Gicht, Diabetes, Arteriosklerose, Fettsucht usw. des näheren erörtert.

H. Vogt

Eric Pritchard. *The food requirements of infants.* (Brit. Journ. of child. dis., Februar 1914.)

Verf. vertritt auf Grund der Forschungen von Lavialle im Gegensatz zu Camerer die Anschauung, daß die Verschiedenheit des Nahrungsbedarfes bei Säuglingen ceteris paribus fast allein abhängig ist von der verschieden großen Möglichkeit der Wärmeabgabe; vor allem von der Zahl und Dicke der Kleidungsstücke, ferner von der Größe des der Luft ausgesetzten Hautbezirkes, der Luftfeuchtigkeit, der Ventilation, der Temperatur des Bades, der Dauer des Aufenthaltes im Freien. Da die Einwirkung aller dieser Faktoren zugunsten der Wärmeabgabe bei den unteren Volksklassen am geringsten ist, weil hier die Kinder am meisten warm gehalten werden, wenig ins Freie kommen usw., so sieht Verf. hierin eine Erklärung für die durchschnittlich viel geringere Nahrungsaufnahme der Brustkinder aus diesen Volkskreisen gegenüber den Kindern der besser Situierten und den in Anstalten beobachteten Kindern. Auch die künstliche Ernährung dürfe deshalb gerade in den unteren Volksschichten ja nicht zu reichlich sein, eher zu knapp, weil die Möglichkeit der Abgabe überschüssiger Wärme durch die Haut sehr beschränkt sei. Selbstverständlich sucht Verf. durch Belehrung dem geschilderten Mißbrauche des übermäßigen Warmhaltens entgegenzuwirken.

Eckhardt.

H. Ginsburg, I. Tumpowsky and **A. J. Carlson.** *The onset of hunger in infants after feeding.* (Das Auftreten des Hungers bei Säuglingen nach der Fütterung.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 29. Mai 1915.)

Mittels Ballon und Kymographen konstatierten Verff., daß 2½ bis 3 Stunden nach der Nahrungsaufnahme aktive Magenkontrakturen (Hungerkontrakturen) einsetzen. Dies trifft bloß auf normale Brustkinder zu. Wachenheim (New York).

Ad. Czerny. *Zur Kenntnis der Zirkulationsstörungen bei akuten Ernährungsstörungen der Säuglinge.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 601—606.)

Bei schweren akuten Ernährungsstörungen von Säuglingen kommt es in manchen Fällen zu einer im Röntgenbild erkennbaren auffälligen Verkleinerung des Herzens. Von den verschiedenen Möglichkeiten, die zur Erklärung dieser merkwürdigen Erscheinung herangezogen werden könnten, wie abnorme Blutverteilung, Abnahme der Herzfüllung durch verminderte Gesamtblutmenge u. a., lassen sich die meisten durch Überlegung oder direkte Beobachtung als unzutreffend erweisen. Als Ursache der nur in einem Teile der Fälle auftretenden Herzveränderung hat am meisten Wahrscheinlichkeit für sich die Annahme, daß es sich um einen Kontraktionszustand der Herzmuskulatur handelt, der nur

bei Kindern auftritt, deren Herz- und Gefäßsystem besonders reizbar ist. H. Vogt.

A. A. Day and **J. R. Gerstley.** *A study of certain cases of infantile diarrhea during the summer of 1914.* (Untersuchung über infantile Sommerdiarrhöe.) (Amer. Journ. Dis. Child., März 1915.)

Verff. führen die Seltenheit von Gasbazilleninfektion in den westlichen Städten auf das übliche Kochen der Milch zurück. Die Verwendung roher Milch ist größtenteils auf die östlichen Teile der Union beschränkt. Wachenheim (New York).

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

L. P. Shippen. *The significance of bacillus coli in pasteurized milk.* (Die Bedeutung des Bact. coli in pasteurisierter Milch.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 17. April 1915.)

Gewisse Rassen des Bact. coli verlangen zu ihrer Abtötung höhere Temperaturgrade und längere Erhitzung, als die gewöhnliche Pasteurisierung leistet. Der Befund des erwähnten Keimes ist demnach nicht ein Beweis späterer Verunreinigung. Relativ sichere Abtötung erzielt man bei Erhitzung auf 64° C während 15 Minuten und 62° C während 30 Minuten. Wachenheim (New York).

Seiffert. *Ein neues Milchentkeimungsverfahren.* (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. V, H. 11.)

Besprechung des von O. Lobeck (Deutsche med. Wochenschr., 1912) angegebenen Verfahrens, die Milch keimfrei zu machen. Verf. empfiehlt das Verfahren bei Neueinrichtung von Milchküchen usw.

Bloch (Regensburg).

W. M. Clark. *The reaction of cow's milk modified for infant feeding.* (Reaktion der modifizierten Kuhmilch.) (Journ. Med. Res., Januar 1915.)

Alkalisierung der Milch ist nicht angezeigt und kann sogar die normale Fermentwirkung und Bakterienentwicklung erheblich stören.

Wachenheim (New York).

T. Smith and **J. H. Brown.** *A study of streptococci isolated from certain presumably milk-borne epidemics of tonsilitis occurring in Massachusetts in* 1913 *and* 1914. (Streptokokken bei durch die Milch übertragenen Tonsillitisepidemien.) (Journ. of Med. Res., Januar 1915.)

Verff. meinen, daß das Verhältnis zur Rindermastitis noch nicht bewiesen ist; übrigens sind nicht immer dieselben Streptokokken nachgewiesen worden. Wachenheim (New York).

Ludwig Reinhardt. *Die Bedeutung der Milch als Nahrungsmittel.* (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. VI, S. 79.)

Die Menschenmilch läßt sich nicht ohne weiteres durch Tiermilch ersetzen. In der Musteranstalt Rieden wird eine zur Säuglingsernährung ideale rohe Kuhmilch gewonnen. Beschreibung dieses Betriebes.

Bloch (Regensburg).

Wachstum und Stoffwechsel.

Bass. *The sugar content of the blood in childhood.* (Zuckergehalt des Blutes im Kindesalter.) (Americ. Journ. Dis. Cildr., Januar 1915.)

Die normale Schwankung ist so groß, daß die Probe kaum diagnostisch verwertbar ist. Wachenheim (New York).

J. R. Murlin and **B. R. Hoobler.** *The energy metabolism of ten hospital children.* (Der Energieumsatz von 10 Hospitalkindern.) (Americ. Journ. Dis. Child., Februar 1915.)

Die Wärmeproduktion betrug 2·7 Kalorien pro Kilogramm und Stunde und war bei mageren und atrophischen Kindern am größten, bei fetten Säuglingen bedeutend unter dem erwähnten Betrag. Heftiges Schreien steigerte den Umsatz bis zu 40%.

Wachenheim (New York).

Murlin. *A respiration incubator for the study of energy metabolism of infants.* (Respirationsbrutkasten zur Untersuchung des Energieumsatzes.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Januar 1915.)

Verf. beschreibt die Konstruktion und Verwertung eines äußerst ingeniösen Apparates. Wachenheim (New York).

Amalie Peiser. *Beiträge zur Kenntnis des Stoffwechsels, besonders der Mineralien, im Säuglingsalter. IV. Vergleichende Untersuchungen über den Stoffumsatz bei Ammenmilch und Eiweißmilch mit besonderer Berücksichtigung des Schwefelhaushaltes.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 437—454.)

Ein Vergleich des Stoffwechsels bei Ernährung mit Frauenmilch und mit Eiweißmilch ergab entsprechend der gesteigerten Stickstoffzufuhr mit der Eiweißmilch auch eine vermehrte Ablagerung von Stickstoff. Dagegen war bemerkenswerterweise bei Ernährung mit Eiweißmilch die Ausfuhr an Schwefel und an Phosphorsäure durch den Kot im Verhältnis zur Stickstoffausscheidung ganz wesentlich höher als bei Frauenmilchernährung, während die Schwefelausfuhr durch den Urin dabei stark zurückblieb. Diese Verschiebung der Ausscheidung von Schwefelsäure und Phosphorsäure vom Urin nach dem Kot kommt vermutlich zustande durch Ausbleiben der Resorption. Verf. möchte darin eine Schutzmaßregel des Körpers erblicken, die

aber mit dem Nachteil verknüpft wäre, daß sie die schlechte Kalkbilanz bei der Ernährung mit Eiweißmilch verschuldet hat.

H. Vogt.

A. M. Courtney and **H. L. Fales.** *The excretion by infants of magnesium sulphate injected subcutaneously.* (Ausscheidung des subkutan eingeführten Magnesiumsulfates bei Säuglingen.) (Americ. Journ. Dis. Child., April 1915.)

Die Ausscheidung des Mg durch den Darm ist gering, Mg sowie Schwefelsäure werden durch die Nieren prompt ausgeschieden.

Wachenheim (New York).

L. E. Holt, A. M. Courtney and **H. L. Fales.** *The chemical composition of diarrheal as compared with normal stools in infants.* (Vergleich der chemischen Zusammensetzung diarrhoischer Stühle mit normalen.) (Americ. Journ. Dis. Child., März 1915.)

Von der Nahrungsaufnahme ist die Ausscheidung aller Elemente bei der Diarrhöe gesteigert, bei schwerem Durchfall in bezug auf manche Bestandteile auf das Fünf- bis Zehnfache. Am wenigsten sind noch Kalk und Phosphor affiziert, Fett und Eiweiß schon mehr, am meisten die Chloride. Wachenheim (New York).

Freeman. *Urinary analysis in the diagnosis and treatment of the diseases of infancy and childhood.* (Die Harnanalyse in der Kinderheilkunde.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 21. November 1914.)

Besonders wichtig ist die Untersuchung für Azeton und Indikan und Leukozytenbefund bei der Mikroskopie.

Wachenheim (New York).

Fötus und Embryo.

H. Chiari. *Ein Beitrag zur Kenntnis der sogenannten fötalen Erythroblastose (i. e. einer Form der angeborenen allgemeinen Wassersucht).* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX. S. 561—568.)

Chiari berichtet über einen Fall von allgemeiner angeborener Wassersucht mit Vergrößerung von Leber und Milz, mit exzessiver Blutbildung in diesen Organen. Er vermutet, daß Fälle dieser Art, für die er nach Rautmanns Vorschlag die Bezeichnung „fötale Erythroblastose" empfiehlt, häufiger vorkommen, als man bis jetzt weiß.

H. Vogt.

Neugeborene.

Ignatz Péteri. *Beiträge zum pathologischen Wesen und zur Therapie des transitorischen Fiebers bei Neugeborenen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXXI, S. 612—619.)

Das transitorische Fieber bei Neugeborenen tritt auf zur Zeit der Gewichtsabnahme und läßt sich ebenso wie diese verhüten durch reichliche Zufuhr von physiologischer Kochsalzlösung. Es ist demnach aufzufassen als eine Folge zu geringer Flüssigkeitsaufnahme in den Organismus, in Übereinstimmung mit der von Heim und John aufgestellten Theorie. H. Vogt.

Holt and **Babbitt.** *Institutional mortality of the new born.* (Mortalität der Neugeborenen in Anstalten.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 23. Januar 1915.)

Von fast 10.000 lebend geborenen Kindern erlagen fast 300 in den ersten 14 Tagen. Angeborene Schwäche war die Ursache in der Hälfte der Fälle, dann folgen Geburtstraumen (etwa 12%). Totgeboren, hier nicht eingeschlossen, waren etwa 4% der Gesamtzahl. In dieser Statistik (zu New York) spielt Syphilis eine relativ kleine Rolle (kaum 8%). Wachenheim (New York).

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

E. Rachmilewitsch. *Paradimethylamidobenzaldehydreaktion von Ehrlich im Harn bei scharlach-, masern- und diphtheriekranken Kindern sowie bei verschiedenen Mischinfektionen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 168 bis 172.)

Der Harn scharlachkranker Kinder gibt meist die Reaktion mit Paradimethylamidobenzaldehyd, während sie bei Diphtherie sehr selten ist. In schweren Fällen von Masernerkrankung tritt die Reaktion nicht selten auf; in Fällen von Komplikation von Diphtherie mit Masern sogar in der Hälfte aller Fälle. Bei Serumexanthemen wurde die Reaktion nie beobachtet. H. Vogt.

Georg Wilbrich. *Das Blutbild bei Diphtherie als Hilfsmittel für die Diagnose und Prognose.* (Mitt. a. d. Hamburgischen Staatskrankenanstalten, Bd. XV, S. 41—100.)

Fortlaufende Untersuchungen an 42 Fällen von Diphtherie ergaben das Resultat, daß es bei leichten wie schweren Fällen regelmäßig zu einer Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen kam. Weniger hochgradig war die Herabsetzung des Hämoglobingehaltes. Qualitative Veränderungen der roten Blutkörperchen wurden nicht beobachtet. Die Leukozytenzahl zeigte keine gesetzmäßigen Schwankungen. Ein rascher Leukozytenabsturz scheint prognostisch ungünstige Bedeutung zu haben. Die eosinophilen Zellen sind bei leichten und bei mittelschweren Fällen vermehrt, während sie bei schweren Fällen mit tödlichem Ausgange ganz fehlen oder nur in geringer Zahl vorhanden sind. Es kann also das

Vorkommen oder Fehlen der eosinophilen Zellen einen Schluß auf die Prognose zulassen. H. Vogt.

F. Reiche. *Seltene Komplikationen der Diphtherie.* (Mitt. a. d. Hamburgischen Staatskrankenanstalten, Bd. XV, S. 15—24.)

Die Zusammenstellung einer sehr großen Zahl von Diphtheriefällen ergab eine klinische Beteiligung des Kehlkopfes in 11·8%, der Nase in 19·4%, der Augenbindehaut in 0·7% und der Schleimhaut der Scheide in 0·1% der Fälle. Eingehender berichtet Verf. über die Beteiligung der Verdauungswege an der diphtherischen Erkrankung. Von den 47 Fällen dieser Art hatten klinisch allein 15 die Erscheinungen einer hämorrhagischen Diathese aufgewiesen. Diphtherische Pseudomembranen fanden sich im Magen 31mal, wobei 4mal die Speiseröhre, 2mal das Rektum gleichzeitig befallen war. Die Speiseröhre war in 10 Fällen ergriffen, und zwar mit Vorliebe am unteren Ende. 2mal fand sich Beteiligung des Duodenums, ebenso oft die des Ileums, während das Rektum im ganzen 4mal ergriffen war. Bei einer Puerpera fand sich die Portio uteri bedeckt mit diphtherischen Pseudomembranen. Bei 2 Kindern im Alter von 3 und 5 Jahren wurde eine Analdiphtherie beobachtet, die sich auf Kondylomen entwickelt hatte. Die Beteiligung der Verdauungswege an der diphtherischen Erkrankung fand sich nur bei sehr schweren Fällen, was auch dadurch beleuchtet wird, daß sie verhältnismäßig oft — 15·9% gegen 3·4% der Gesamtheit — Diphtheriebazillen in der Blutbahn beherbergten. H. Vogt.

Yngvar Ustvedt. *Milchepidemie von Diphtherie.* (Med. Rev., 1914, S. 565.)

In einem Stadtteile Kristianias, wo verhältnismäßig wenige Diphtheriefälle beobachtet waren, werden im Laufe von wenigen Tagen im Juni 1913 mehrere Fälle von Diphtherie angemeldet und darunter mehrere erwachsene Personen aus verschiedenen Häusern. Es zeigte sich, daß eine Reihe von den angesteckten Familien Milch von demselben Bauernhofe bezogen. Hier wurden alle Personen, die mit dem Kuhstalle und der Milch beschäftigt waren, bakteriologisch untersucht, bei einer Kuhmagd und ihrem Kinde wurden Diphtheriebazillen gefunden und jetzt erzählte sie, daß sie, ohne es dem Besitzer zu erzählen, eine Halsentzündung durchgemacht hätte. 18 Diphtheriekranke in Kristiania hatten Milch von diesem Hofe getrunken, 3 von diesen hatten sie nicht direkt, sondern von Milchverkaufsstellen bezogen. Außerdem wurde nachgewiesen, daß auch einige Diphtheriekranke in der Nähe des Hofes die Milch getrunken hatten, und ein paar Tage nach der ersten bakteriologischen Untersuchung des Milchpersonales wurden auch 2 Personen aus dem Hofe selbst infiziert. Karl Looft (Bergen).

A. Rohn. *Ein Beitrag zur postdiphtherischen Larynxstenose.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 357 bis 361.)

Bei Beobachtungen der letzten 12 Jahre ergab sich die Bestätigung des von Ganghofner aufgestellten Satzes, daß die

Sterblichkeit nach Intubation in den ersten 3 Lebensjahren am höchsten ist. Von 10 Fällen chronischer Kehlkopfstenose aus den letzten 10 Jahren wurden 6 in einem Zeitraum von 2 bis 4 Monaten durch fortgesetzte Intubation geheilt. Ein ausführlich geschilderter Fall konnte nach 3jähriger ausschließlicher Intubationsbehandlung als geheilt entlassen werden, ging aber mehrere Jahre später an einem akuten Erstickungsanfall zugrunde. 2 in der Anstalt sekundär tracheotomierte Fälle stehen noch in Behandlung und ein nach Tracheotomie eingebrachter Fall konnte nicht zu Ende beobachtet werden. H. Vogt.

H. Kleinschmidt. *Diphtherielähmung und Diphtherieantitoxin.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 277 bis 292.)

In den in der Klinik beobachteten Fällen von Diphtherielähmung handelte es sich entweder um leichte, aber spät oder ungenügend behandelte Erkrankungen an Diphtherie, oder die Diphtherie war von vornherein sehr schwer aufgetreten. Das stimmt überein mit den Erfahrungen aus Tierversuchen, aber nicht mit allen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen. Zwischen Diphtheriekranken mit und ohne Lähmung zeigte sich kein Unterschied hinsichtlich Ausscheidung und Verbrauch des mit dem Serum einverleibten Antitoxins noch auch hinsichtlich der Bildung von Antitoxin. Die Beobachtungen des Verf. lehren, daß trotz Vorhandenseins von Antitoxin eine Diphtherielähmung auftreten und zum Tode führen kann und anderseits eine Diphtherielähmung heilen kann trotz des Fehlens von Antitoxin. Danach ist es wenig wahrscheinlich, daß eine bestehende Diphtherielähmung durch Heilserum beeinflußt werden kann. H. Vogt.

Ludwig Knöspel. *Ein Beitrag zur Serumtherapie der Diphtherie.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 210 bis 221.)

Aus einer Zusammenstellung der in den letzten 10 Jahren im Kaiser-Franz-Josef-Hospital in Karlsbad behandelten 443 Fälle von Diphtherie leitet Verf. den Schluß ab, daß die in den letzten Jahren bevorzugte Behandlung mit intramuskulärer Injektion etwas größerer Dosen (1500 bis 4500 A.-E. und mehr) Heilserum die Erfolge günstig beeinflußt hat. Er hat den Eindruck gewonnen, daß die Verwendung von Pyozyanase auf die Stenose keinen Einfluß hat, dagegen die Abstoßung der Beläge besonders bei Nasendiphtherie zu befördern vermag. H. Vogt.

H. N. Bundesen. *Schick reaction.* (Journ. Amer. Med. Assoc., 10. April 1915.)

Verf. berichtet über Erfahrungen mit 800 Proben. Die künstliche oder durch Erkrankung erworbene Immunität variiert in der Dauer von einigen Monaten bis mehreren Jahren, ist aber bei Kindern relativ kurz. Es besteht eine starke familiäre Neigung in bezug auf Immunität, manche Familien sind durchweg immun, bei anderen sind es nur die älteren Mitglieder. Wachenheim (New York).

J. A. Kolmer and **E. L. Moshage.** *The Schick toxin reaction for immunity in diphtheria.* (Die Schicksche Immunprobe bei Diphtherie.) (Americ. Journ. Dis. Child., März 1915.)

Negativ reagierende Personen sind als immun zu betrachten, etwa 50% aller Kinder reagieren mehr weniger positiv und bedürfen bei Ansteckungsgefahr einer Immunisierungsdose von Heilserum. Die Heilserumimmunisierung ist aber flüchtig, nimmt am zehnten Tage ab und ist oft in Monatsfrist erloschen; selbst ein Diphtherieanfall gewährt bloß eine vorübergehende Immunität. Bei Scharlachfieber ist die Empfänglichkeit für Diphtherie gesteigert, was mit den klinischen Beobachtungen stimmt.

Wachenheim (New York).

K. Kassowitz. *Beitrag zur Methodik der Diphtherieprophylaxe.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 37.)

Eine kleine erfolgreich eingedämmte Diphtherieepidemie in einem Wiener Jugendfürsorgevereine (der den schönen Namen Settlement! führt), hervorgerufen durch einen Dauerausscheider, gibt dem Verf. Gelegenheit, die Grundregeln erfolgreicher Diphtherieprophylaxe zu erörtern. Das Vorgehen gestaltet sich folgendermaßen: 1. Bakteriologische Untersuchung sämtlicher gegenüber einem Kranken irgendwie exponiert gewesenen Personen, mit Wiederholung nach längstens einer Woche. 2. Sofortige Entfernung der bakteriologisch verdächtigen Individuen. 3. Schließung der Anstalt, aber nur bis nach Beendigung einer gründlichen Desinfektion.

Das weitere Verfahren richtet sich dann gegen die Bazillenträger. Hier kommen folgende Maßnahmen in Betracht: 1. Interkutane Diphtherietoxinreaktion (negativer Ausfall = genügender Schutzkörpergehalt). 2. Serumbehandlung der positiv Reagierenden. 3. Ständige ambulatorische Überwachung mit bakteriologischer und serologischer Kontrolle.

Klotz.

A. L. Dykes. *Eye colouration in relation to the incidences severity and fatality of scarlet fever and diphtheria.* (Lancet, 29. November 1913.)

Verf. teilt nach C. C. Hurst die Augen nach der Färbung der Iris in 2 Hauptgruppen ein, den Typus simplex und Typus duplex. Bei ersterem Typus fehlt das Stromapigment ganz, man sieht nur Retinapigment; das sind die blauen und grauen Augen. Bei Typus duplex tritt Stromapigment hinzu, in sehr verschiedener Intensität bis zu dunkelbrauner Färbung. Die Gruppe Typus duplex wird in 2 Teile geteilt, d-mittel und d-dunkel. Auf alle 3 Gruppen kamen bei einer Zählung des Verfs. bei 1000 Kindern von 4 bis 12 Jahren ungefähr gleich viele, 29·8% (simplex), 35·9% (d-mittel) und 34·3% (d-dunkel). Ebenso durchgeführte Zählungen bei 679 Scharlachfällen haben nun einen kleinen Ausschlag zuungunsten des Typus simplex ergeben; die Kinder mit diesem Typus erkranken scheinbar schwerer und haben eine höhere Mortalität. Noch deutlicher sind die Ausschläge bei Diphtherie.

Eckhardt.

L. Axenow. 1335 *Scharlachfälle, die mit dem Moserschen Serum behandelt wurden.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 132 bis 158.)

Beobachtungen an großem Material haben Verf. die Überzeugung einer Heilwirkung des Moserschen Serums gebracht. Die Wirksamkeit des Serums ist nur bei frühzeitiger Anwendung großer Dosen (150 cm^3 bis zum 3. Krankheitstag) erkennbar. Eine Mischung verschiedener Sera, die jedes für sich wirksam sind, ist zur Behandlung untauglich. Die Wirkung des Serums erstreckt sich auf die Temperatur und den Allgemeinzustand, auch verkürzt es die Dauer des Ausschlages. Bei nachweislicher Streptokokkeninfektion des Blutes verhindert die Serumbehandlung die Entstehung von Komplikationen. Hiervon abgesehen, ist das Serum ohne Einwirkung auf den Verlauf der Komplikationen mit Ausnahme der Nephritis, die nach Serumbehandlung auffallend selten zur Entwicklung kam. H. Vogt.

Herrman. *Measles: incubation, infectivity, immunity, early manifestations.* (Inkubationsdauer, Infektiosität, Immunität und Frühsymptome der Masern.) (Arch. of Pediatr., Dezember 1914.)

Fieber erscheint am 7. bis 14. Tage nach der Aussetzung, gewöhnlich vom 9. bis 12. Die Koplikschen Flecke erscheinen am 10. bis 13. Tage, der Katarrh erscheint mit dem Fieber, der Ausschlag 2 Tage später. Nach dem Temperaturabfall ist die Krankheit nicht mehr ansteckend, dagegen beim Ausbruch des Fiebers hochinfektiös, eine 5tägige Isolierung sollte genügen. Höchstens 2 bis 3% der Kinder sind gegen Masern immun. Verf. hat noch nie eine zweite Ansteckung beobachtet, was der landläufigen Meinung über das wiederholte Vorkommen widerspricht.

Wachenheim (New York).

G. Bessau, J. Schwenke, J. Pringsheim. *Über die Masernantianaphylaxie.* (Jahrb. f. Kinderhelik., Bd. LXXXI, S. 293 bis 311.)

Bei einem masernkranken Kinde wurde beobachtet, daß mit dem Ausbruch des Exanthems sich die vorher bestehende Überempfindlichkeit gegen Serum verlor und erst nach 7 Tagen wiederkehrte. Die Antianaphylaxie bei Masern ist anscheinend eine Giftanaphylaxie. Dafür sprach die in mehreren Versuchen beobachtete Herabsetzung der Peptonempfindlichkeit, während Toxin- und Endotoxinreaktionen durch die Masern nicht beeinflußt wurden. Eine ausgesprochene Herabsetzung der Tuberkulin- und Serumüberempfindlichkeit, wie sie bei Masern vorkommt, fehlt bei anderen Infektionskrankheiten oder tritt nur gelegentlich dabei auf. Darum ist auch nicht anzunehmen, daß das Fieber stets als Wirkung anaphylaktischen Giftes zu betrachten ist. H. Vogt.

C. Herman. *Immunization against Measles.* (Immunisierung gegen Masern.) (New York State Journ of Med., Juni 1915.)

Wegen einer augenscheinlichen relativen Immunität in den ersten 5 Lebensmonaten rät Verf. die Einimpfung des Maserngiftes

in diesem Alter. Verf. vergleicht das Verfahren mit der Pockenimpfung, es erinnert aber viel stärker an die nicht ungefährliche Pockeninokulation, wie sie im 18. Jahrhundert im Gange war. Die Probefälle des Verfs. verliefen recht milde, bei manchen fehlte jede Reaktion; letztere erregen Zweifel über stattgefundene Immunisierung. Nachprüfung der vorliegenden Ergebnisse wäre sehr wünschenswert, da manche Punkte, namentlich die erste Voraussetzung, nichts weniger als erwiesen sind. Bei der noch nicht gelungenen Isolierung des Masernkeimes geht vieles nicht über bloße Hypothese hinaus.

Wachenheim (New York).

Maria Winter. *Masern an 16- bezüglich 18tägigen Säuglingen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 465—468.)

Die beiden hier mitgeteilten Fälle, bei denen die Infektion wahrscheinlich am 1. respektive am 1. bis 3. Lebenstage erfolgte, zeigen, daß die weitgehende Immunität der neugeborenen Kinder gegen Masern keine absolute ist. In einem der beiden Fälle könnte man die Erkrankung des Kindes darauf beziehen, daß die von der Mutter übertragene Immunität fehlte, da diese selbst erkrankte, im andern Falle läßt diese Erklärung aber im Stich. H. Vogt.

Reginald Miller and **James A. Davidson.** *The nervous complications of varicella.* (Brit. Journ. of childr. dis., Januar 1914.)

Nervöse Komplikationen bei Varizellen werden in der Literatur hie und da erwähnt (es folgen der Arbeit 39 Literaturangaben, 11 davon handeln von dem Zusammentreffen von Varizellen mit herpes zoster). Zuerst erwähnt Verf. 5 Fälle von Enzephalitis, darunter einen eigenen; am 5. Tage nach Ausbruch des Exanthems konnte das Kind plötzlich nicht mehr stehen und hatte einen Tremor der Beine, des Kopfes und der Zunge; nach einem Monate vollständige Heilung. Verf. nimmt an, daß „die Gehirnläsion von ähnlicher Natur war wie die durch Varizellen produzierte Läsion der Haut und Schleimhäute". Bei anderen Komplikationen ist es häufig zweifelhaft, ob nicht ein zufälliges Zusammentreffen mit Varizellen vorliegt; so bei poliomyelitisähnlichen Erkrankungen, peripherer Neuritis, Neuritis optica (nur 1 sicherer Fall), Neuromyositis, Chorea. Eckhardt.

H. C. Storrie. *Haemorrhagic and gangrenous varicella, with notes of two cases.* (Brit. Journ. of childr. dis., Februar 1914.)

Verf. unterscheidet nach der Literatur 3 Arten der gangränösen Form der Varizellen; die erste zeigt nur oberflächlich ekthymaartige Läsionen, die zweite ist die von Hutchinson sogenannte Varicella gangraenosa, mit zahlreichen kleinen brandigen Herden; bei der dritten treten nur vereinzelte große Gangränherde auf (manchmal nur ein einziger), ausgehend von einer Varizellenpustel. Zu der letzten Art gehören die beiden Fälle des Verfs., ein Kind von 6 Jahren und eines von 4 Jahren. Bei beiden war Scharlach unmittelbar vorangegangen. Im Sekret des Gangränherdes beider Kinder fand sich Staphylococcus aureus. Das Kind von 4 Jahren ging an

Sepsis zugrunde; keine Obduktion. Einzelne große Gangränherde bei Varizellen kommen meist bei vorher ganz gesunden Kindern vor; die anderen beiden oben genannten Arten von Gangrän befallen in der Regel vorher schwer erkrankte, besonders tuberkulöse Individuen. 2 Abbildungen. Eckhardt.

Tièche. *Ein Beitrag zur Differentialdiagnose von Variola und Varizellen mit Hilfe der kutanen Allergie.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Nr. 36.)

Verf. zeigt neuerdings in Fortsetzung seiner Arbeit im Korrespondenzblatt für Schweizer Ätrze (1913, Nr. 24/25) an zahlreichen Fällen aus der Praxis die Verwendbarkeit der kutanen Vakzineallergie zur Differentialdiagnose von Variola-Variolois einerseits, Varizellen anderseits. Die Methode ergibt gute, zuverlässige und rasche Resultate: beim Verimpfen von Varizellenblaseninhalt keine Allergiereaktion, dagegen bei der Vakzinekontrolle positives Ergebnis. Der Untersucher muß die Reaktionsfähigkeit derjenigen Personen, an der er die Impfung vornimmt, kennen. Verf. stellte Versuche über die Reaktionen mit frischer Pockenlymphe und mit Lymphe an, die mit Kohlensäureschnee vorbehandelt oder erhitzt worden war, und fand überall die typische Frühreaktion, die bei Varizellenimpfung ausblieb. Da das Verfahren oft in wenig Stunden einen verdächtigen Fall aufklären kann, verdient es weitgehende Beachtung.
E. Burckhardt.

Paul B. Roth. *Report and remaks on a small epidemie of poliomyelitis.* (Lancet, 15. Nov. 1913.)

Sechs Erkrankungen an Poliomyelitis ereigneten sich in fünf kleinen Ortschaften in der Nachbarschaft von Deddington in der Zeit vom 9. August bis 15. September 1911. Direkte Berührung ist so gut wie vollständig ausschließbar. In der Nachbarschaft aller Fälle befinden sich Stallungen, und Stomoxys calcitrans ist häufig in der genannten Gegend. Verf. nimmt an, daß der erste Fall durch Insektenübertragung „primär" erkrankte und daß von ihm aus, wieder durch Vermittlung von Fliegen und von diesen gestochenen Pferden, die übrigen Kinder der Reihe nach befallen wurden. Der Weg, den diese kleine Epidemie nahm, ist auf einer kleinen Skizze gut erkennbar. Eckhardt.

George Jubb. *Outbreak of acute anterior poliomyelitis at West Kirby.* (Lancet, 15. Nov. 1913.)

Am 11. Juli 1912 erkrankte ein 6jähriger Knabe an Poliomyelitis. Verf. nimmt an, daß er durch Ungeziefer infiziert worden sei, das von einem Esel stammte. Die nächste Erkrankung ereignete sich erst fast 1 Jahr später. Da der erste Patient zur Behandlung seiner Krankheit aus dem Ort entfernt worden war, neigt Verf. zu der Ansicht, daß ein (gesund gebliebener) Bruder von ihm als Zwischenträger (des ominösen Ungeziefers) fungierte. — Bis zum 28. August erkrankten noch 6 Kinder; in allen 6 Fällen ist direkte Berührung mit einem der Erkrankten nachgewiesen. Eckhardt

F. C. Batten. *Unusual manifestations of poliomyelitis.* (Brit. Journ. of childr. dis., März 1914.)

1. Ein Kind, das mit 10 Monaten akut fieberhaft erkrankt war und eine Paralyse der linken Körperseite zurückbehalten hatte, war auch mit 7 Jahren noch fast vollständig gelähmt und zeigte außerdem bei Bewegungsversuchen heftige athetoide Bewegungen des linken Armes; Verf. nimmt an, daß die hier zugrunde liegende zerebrale Läsion ebenfalls auf den Erreger der Poliomyelitis zurückzuführen sei (2 Abbildungen).

2. Ein Kind, das im September 1912 an Poliomyelitis erkrankt war, zeigte im März 1913 eine so steife Streckung in den Hüftgelenken, daß die Streckung bestehen blieb, wenn es, nur im Nacken und an den Füßen unterstützt, wagerecht frei gehalten wurde (Abbildung); die Erscheinung ist auf Überwiegen der Glutäen über den gelähmten Ileopsoas zurückzuführen. Erkrankung der Hüftgelenke war ausschließbar.

3. Ein mit 5 Wochen erkranktes Kind hielt das teilweise gelähmte linke Bein dauernd im Hüftgelenk rechtwinklig gebeugt; hier war die Innervation des Ileopsoas erhalten, die Glutäen gelähmt.

4. Schon im Alter von 2 Monaten wurde bei einem Patienten Lähmung des rechten Armes und des linken Beines bemerkt; da das Kind seit der Geburt sicher nicht fieberhaft erkrankt war, wird angenommen, daß die Poliomyelitis intrauterin verlaufen ist.

5. Bei einem Kinde von 5½ Jahren zeigte sich nach Ablauf des fieberhaften Stadiums Ataxie des rechten Armes und Beines, die eine Beteiligung des Zerebellums wahrscheinlich machte; die Erscheinungen gingen später zurück.

6. Zwei Fälle, deren Krankheitserscheinungen den Eindruck erweckten, daß neben den typischen Wirkungen der Poliomyelitis eine toxische Neuritis bestanden hat (2 Abbildungen).

Eckhardt.

Edgar F. Cyriax. *The mechano-therapeutics of chronic infantile paralysis (poliomyelitis anterior acuta).* (Brit. Journ. of childr. dis., April 1914.)

Verf. verwirft jede elektrische oder medikamentöse Behandlung der nach Poliomyelitis anterior zurückbleibenden Lähmungen und will dafür nur mechanotherapeutische Maßnahmen angewendet wissen. Erstere Methoden halten nach seiner Meinung den Heilungsprozeß nur auf; ja, ein Krankheitsfall sei um so schwerer zu beeinflussen, je länger vorher jene unzweckmäßigen Methoden angewendet worden seien. — Die vom Verf. angewendeten mechanotherapeutischen Maßnahmen sind: 1. „Pétrissage", die zum Unterschiede von der üblichen „Massage" auf der trockenen, nicht eingefetteten Haut ausgeübt wird, unter Mitbewegung der Haut selbst, und auf den einzelnen Muskel höchstens 2 bis 5 Minuten lang angewendet wird, nicht bis zu einer halben Stunde und länger, was nur schaden könne; 2. „Friktion" der Nerven; 3. passive Bewegungen jeder Art, stets

verbunden mit Traktion, also Überstreckung der betroffenen Muskeln. — Als weitere Methoden kommen in Betracht: „passive, stimulatorische Maßnahmen an der Stelle der Störung im Rückenmark", also Nervenfriktion, Beklopfen der befallenen Gegend; schließlich aktive Stimulation, d. h. Versuche, scheinbar völlig gelähmte Muskeln zu aktiven Bewegungen zu veranlassen. Bei letzterer Methode ist die Mithilfe des Patienten notwendig, der dann auch seine ganze Aufmerksamkeit auf die Betätigung des jeweils zu bewegenden Muskels konzentrieren muß. Durch die dabei anzuwendenden, vom Verf. genau beschriebenen Kniffe gelingt es häufig noch, Reste von Bewegungsfähigkeit in Muskeln nachzuweisen, die bei der üblichen Prüfung als vollständig gelähmt imponieren. Eckhardt.

Simon Flexner und **Harold L. Amoss.** *Lokalisation des Virus und Pathogenese der epidemischen Poliomyelitis.* (Journ. exper. med., Bd. XX, S. 249—268.)

Nach Impfung in den Glaskörper erreicht das Virus der epidemischen Poliomyelitis das Zentralnervensystem, ohne am Auge erkennbaren bleibenden Schaden zu setzen. Das in die Blutbahn eingebrachte Virus wird in der Milz und im Knochenmark abgelagert, wie Impfungen mit den Organen beweisen, nicht aber in den Nieren noch im Rückenmark oder Gehirn. Trotz der Affinität des Virus zum Nervengewebe dringt es aus dem Blut nur dann zu Rückenmark und Gehirn vor, wenn der Plexus chorioideus und die Blutgefäße geschädigt sind. In die Intervertebralganglien gelangt das Virus eher als in Rückenmark und Hirn. Während Impfung mit großen Mengen Virus von der Blutbahn aus im Erfolg nur unsicher ist, reichen kleine Mengen Virus schon aus, wenn zuvor durch intralumbale Injektion von Pferdeserum eine aseptische Entzündung hervorgerufen ist. Nach Impfung in die Blutbahn, die nicht zu Erkrankung des Zentralnervensystems geführt hat, wird das Virus im Körper unwirksam gemacht. Nach intravenöser Infektion treten, wenn auch nicht durchgehend, andere histologische Veränderungen auf als nach intraneuraler. Beim Übergang aus dem Blut in Hirn und Rückenmark löst das Virus eine Infiltration des Plexus chorioideus und ausgedehnte perivaskuläre Infiltration mit Übergang auf die Gewebe aus. Nach intrazerebraler Infektion kann der Plexus chorioideus ähnliche Veränderungen aufweisen. Die Veränderungen des histologischen Bildes bei menschlicher Poliomyelitis entsprechen denjenigen bei intraneuraler Infektion beim Affen. Intralumbale Injektion von Immunserum vermag das Virus beim Übergang aus der Blutbahn in das Zentralnervensystem zu neutralisieren und so der Lähmung vorzubeugen. Die Untersuchungen der Verff. stützen die Auffassung, daß die Infektion bei der Poliomyelitis des Menschen auf dem Lymphwege das Nervensystem erreicht und ohne Beteiligung der Blutbahn. Das spricht auch dafür, daß als Eintrittspforte der Infektion die Schleimhaut der oberen Luftwege zu betrachten ist.

H. Vogt.

Anthony Feiling. *The blood and the cerebro-spinal fluid in mumps.* (Lancet, 12. Juli 1913.)

Durch Untersuchungen an 40 Fällen von Mumps bestätigt Verf. die Tatsache, daß bei Mumps eine Leukozytose auftritt, die auf besonders reichlicher Vermehrung der Lymphozyten beruht; die Beobachtung anderer Autoren, daß bei (gleichzeitig) bestehender Orchitis polymorphonukleäre Leukozyten überwiegen, konnte Verf. bei seinen (2!) Fällen nicht bestätigen. In der Zerebrospinalflüssigkeit findet man bei Mumps häufig eine Lymphozytose, auch wenn keine meningitischen Erscheinungen bestehen. Eckhardt.

M. H. Gordon. *On a fatal illness in children associated with acute interstitial parotitis.* (Lancet, 2. August 1913.)

Verf. hat kurz hintereinander 4 Kinder beobachtet, die an einer akuten fieberhaften Erkrankung in kurzer Zeit (24 Stunden bis 12 Tagen) zugrunde gingen und sämtlich interstitielle Entzündungsvorgänge in den Speicheldrüsen zeigten; klinisch war keine erhebliche Erkrankung der Speicheldrüse aufgefallen. Die Symptome waren Benommenheit, Muskelrigidität, Blässe, erhöhter Druck und Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit; bei einem Falle trat ante exitum Lähmung der linken Gesichtshälfte und des linken Armes ein. Bakteriologisch nichts nachweisbar. — Da die mikroskopischen Befunde gegen Poliomyelitis sprachen, so neigt Verf. dazu, entweder die Diagnose Mumps zu stellen oder eine noch nicht bekannte Erkrankung anzunehmen. Eckhardt

Ed. Müller. *Ein Beitrag zur medikamentösen Pertussisbehandlung.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Nr. 34.)

Verf. hat günstige Resultate mit dem Golazschen Dialysat aus Herba thymi et Pinguiculae (Pilka- oder Thymipin-Golaz) bei Pertussis beobachtet, „die Krankheit verläuft bei Einnahme der Tropfen so milde, daß ihr der frühere bekannte, schwere Charakter genommen ist". E. Burckhardt.

W. Winholt. *Complement fixation in whooping-cough.* (Komplementbindung bei Keuchhusten.) (Journ. of Infect. Dis., Mai 1915.)

Untersuchungen ergeben die Spezifizität des Bordet-Gengou-Bazillus, aber nicht des Influenzabazillus.

Wachenheim (New York).

Ad. Czerny. *Zur Lehre vom Keuchhusten.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 473—481.)

Unter bestimmten Bedingungen, nämlich bei genügendem Abstand der Betten und Ausschaltung einer unbeabsichtigten Annäherung der Kinder, lassen sich Fälle von Keuchhusten auf einer allgemeinen Abteilung verpflegen, ohne daß eine Übertragung erfolgt. Eine Übertragung durch Pflegerinnen geschieht nur, falls diese selbst erkranken. Auf Säuglingsstationen wird die Forderung einer genügenden Entfernung der Betten voneinander nicht immer erfüllt. Außer-

dem spielt gerade bei Säuglingen die Übertragung von Infektionen der Respirationsorgane durch das Pflegepersonal eine große Rolle. Die sichere Erkennung des Keuchhustens als solchen und seine Abtrennung von Erkrankungen an „Grippe" stößt beim Säugling auf große Schwierigkeiten. Der Nachweis eines spezifischen Erregers des Keuchhustens ist bisher nicht mit Sicherheit erbracht. Das wertvollste Symptom für die Diagnose ist in zweifelhaften Fällen die Lymphozytose. Der Laryngospasmus ist im allgemeinen ein Vorrecht der frühen Kindheit, was zu berücksichtigen ist, wenn man von Immunität nach einem in den ersten Lebensjahren überstandenen Keuchhusten sprechen will. Eine gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems gibt sich beim Keuchhusten auch darin zu erkennen, daß die Reizzone für den Hustenreflex verbreitert ist. Die Viskosität des Sputums ist nach Untersuchungen von Neumann beim Keuchhusten herabgesetzt. Daraus könnte sich der Nutzen einer Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr herleiten lassen. Die Lehre vom Keuchhusten umfaßt noch viele Punkte, die einer Aufklärung durch weitere Untersuchungen bedürfen. H. Vogt.

Aldershoff. *Klinische und serologische Erfahrungen bei präventiver Typhusimpfung.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1915, Bd. I, S. 886.)

Bei 600 Personen, von welchen 10 in ihrer Jugend schon an Typhus gelitten hatten, wurden neben den klinischen auch serologische Untersuchungen über den Einfluß der präventiven Typhusimpfung auf das agglutinierende Vermögen des Blutserums angestellt.

Bei denjenigen nun, welche niemals an Typhus erkrankt gewesen waren, konnte konstatiert werden, daß das agglutinierende Vermögen des Blutserums durch die präventive Impfung stets erhöht wurde.

Von den 10 Personen aber, welche in ihrer Jugend schon an Typhus erkrankt waren, und bei welchen der agglutinierende Titer zwischen $^1/_{25}$ und $^1/_{50}$ schwankte, wurde dieser Titer durch die Impfung nicht beeinflußt. Graanboom.

Friedrich Reingruber. *Über die Behandlung des Tetanus mit subkutanen Injektionen von Magnesium sulfuricum.* (Therap. Monatsh., März 1915, S. 148.)

Bei leichten Fällen von Tetanus ist diese Behandlung überflüssig. Die Aufgabe derselben ist es, mittelschweren und schwer protrahierten Fällen — jedoch nicht schwersten Fällen —, die durch Behinderung der Atmung, Nahrungsaufnahme und Erschöpfung zugrundezugehen drohen, durch symptomatische Linderung von Spasmus und Anfällen über die schwerste Zeit hinwegzuhelfen.

Die Einzeldosis bei Kindern beträgt 0·10 bis 0·20 pro Kilogramm Körpergewicht in 20 bis 25%iger Lösung, bis zur Wirkung in 2- bis 3stündlichen Intervallen, dann bis 12stündige Pausen. Die Wechselmannsche Technik hat sich wie bei Neosalvarsan auch hier bewährt.

Zuppinger (Wien).

Tuberkulose.

O. F. Rogers jr. *A study of children with positive skin tuberculin reactions.* (Positive Hauttuberkulinreaktion bei Kindern.) (Boston Med. and Surg. Journ., 4. Februar 1915.)

Bei positivem Ausfall in den ersten 2 Lebensjahren ist die Prognose recht ungünstig und bis zum zehnten Jahre ist die relative Sterblichkeit bedeutend größer als bei negativer Reaktion.

Wachenheim (New York).

J. A. Colliver. *Cutaneous regional variation in the Pirquet reaction.* (Örtliche Variationen in der Pirquetschen Probe.) (Arch. of Pediat., Februar 1915.)

Verf. notiert bedeutende Verzögerung der Reaktion am Fuße und relativ seltene traumatische Pseudoreaktion an der üblichen Impfstelle, nämlich dem Vorderarm. Wachenheim (New York).

Fraser. *Significance of the von Pirquet test.* (Bedeutung der v. Pirquetschen Probe.) (Med. Rec., 9. Januar 1915.)

Auch Fraser findet eine positive Reaktion bei weitem nicht so oft, wie meist angegeben wird, namentlich bei gut situierten Familien. Die Bedeutung der positiven Reaktion ist daher auch bei älteren Kindern, wenigstens bis zum 10. Jahr, sehr groß und soll Verdacht auf aktive Tuberkulose wecken.

Wachenheim (New York).

Fishberg. *The cutaneous tuberculin test in children of non-tuberculous parentage.* (Die Tuberkulinreaktion bei unexponierten Kindern.) (Arch. of Pediatr., Januar 1915.)

Der Unterschied gegenüber exponierten Kindern ist nach Fishberg gering, bei Kindern über 5 Jahren reagierten 50% positiv, bei älteren Kindern bis 75%; diese Ergebnisse widersprechen den meisten hiesigen Beobachtungen, die bei unexponierten Kindern viel niedrigere Sätze angeben. Wachenheim (New York).

G. T. Palmer. *Possible tuberculin reaction in the breast-fed child after diagnostic dose to the mother.* (Vermutliche Tuberkulinreaktion des stillenden Kindes infolge von diagnostischer Probe der Mutter.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 17. April 1915.)

Das Kind erlag an pneumonischen und meningealen Erscheinungen; die Infektion desselben stammte wahrscheinlich vom tuberkulösen Vater. Verf. will nicht über die Rolle der Einspritzung oder ihrer Gefährlichkeit entscheiden, der Zusammenhang war vielleicht ein reiner Zufall. Wachenheim (New York).

Georg Bessau. *Die Tuberkulinüberempfindlichkeit und die durch Tuberkulindarreichung zu erzielende Tuberkulinunempfindlichkeit.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 371—432 und 482—545.)

Die wertvollen Untersuchungen Bessaus haben die Aufklärung des Wesens der Tuberkulinwirkung zum Ziel. Sie begründen

die Auffassung, daß die Wirkung des Tuberkulins nicht auf der Bildung von Antikörpern beruht. Der direkte Nachweis von Antikörpern versagt allerdings zuweilen auch da, wo eine Übererregbarkeit, die auf Bildung von Antikörpern beruht, mit Bestimmtheit anzunehmen ist, wie nach Sensibilisierung des Menschen mit kleinsten Dosen Serum. Wäre die Tuberkulinwirkung der Wirkung von Serum gleichzustellen, so müßte sich eine weitgehende Übereinstimmung zwischen beiden Vorgängen nachweisen lassen. In Wirklichkeit bestehen jedoch Abweichungen in der Art der lokalen wie der Allgemeinreaktion in beiden Fällen und auch die Beobachtung des Verlaufes deckt Unterschiede auf. So kommt es bei lange Zeit fortgesetzter Intrakutaninjektion kleiner Mengen Serum nach anfänglicher Steigerung der Empfindlichkeit zu einem mehr minder oder schnellen Absinken. Diese Form der Serumunempfindlichkeit ist spezifisch; sie ist durch die Annahme einer Fällungs- oder Giftanaphylaxie nicht zu erklären, auch nicht auf vermehrte Antikörperproduktion zurückzuführen. Verf. sieht in ihr den Ausdruck einer Ermüdung des Antikörper erzeugenden Apparates und schlägt die Bezeichnung „Katanaphylaxie" dafür vor. Eine entsprechende Erscheinung fehlt bei der Tuberkulinüberempfindlichkeit. Lokale Tuberkulinreaktionen können ebenso wie tuberkulöse Herde eine Herdreaktion geben und weisen im Gegensatz zu lokalen Serumreaktionen einen charakteristischen histologischen Bau auf. Die in tuberkulösen Lokalreaktionen ebenso wie in tuberkulösen Herden vorhandenen spezifischen Gewebselemente, für die Verf. die Bezeichnung „Tuberkulozyten" in Vorschlag bringt, geben mit Tuberkulin das anaphylaktische Gift, das im Herde die Herdreaktion, im Blutkreislauf die Allgemeinreaktion auslöst. Die Stärke der Lokalreaktion ist ein Ausdruck für das Vermögen des Körpers, tuberkulöses Gewebe zu bilden, während die Allgemeinreaktion von der Menge des im Körper vorhandenen tuberkulösen Gewebes abhängt. Daraus ergibt sich, daß die beiden Reaktionen in ihrer Stärke sich nicht zu entsprechen brauchen. Tatsächlich ergibt auch der Vergleich der beiden Reaktionen am Menschen ein unterschiedliches Verhalten. Fälle von fortschreitender Tuberkulose zeigen meist hohe Allgemeinempfindlichkeit bei geringer Lokalempfindlichkeit, während klinisch tuberkulosefreie Menschen, die auf Tuberkulose reagieren, häufig bei starker Lokalreaktion geringe oder gar keine Allgemeinreaktion geben.

Die nach stärkeren Allgemeinreaktionen plötzlich eintretende Tuberkulinunempfindlichkeit kann nicht auf Neubildung von Antikörpern beruhen, da dieser Vorgang Zeit erfordert. Sie zeigt die Merkmale der Giftantianaphylaxie, sie ist unabhängig von der Tuberkulindosis, dagegen abhängig von der Intensität der ausgelösten Vergiftungserscheinungen. Verf. vermutet, daß das anaphylaktische Gift die Bildung der Tuberkulozyten hervorruft. Mit dieser Vorstellung würde die Beobachtung in Einklang stehen, daß Lokalreaktionen, die während der Tuberkulinantianaphylaxie angestellt werden, sehr schwach ausfallen und späterhin keine Herdreaktion aufweisen, ferner, daß lokale Tuberkulinreaktionen mit steigendem Alter stärkere Herdreaktionen liefern.

Der Immunitätszustand, der durch langsame Steigerung der Tuberkulindosen unter Vermeidung von Allgemeinreaktionen erreicht wird, entsteht ganz langsam, wie man an täglich ausgeführten Intrakutanproben verfolgen kann. Das spricht gegen die Auffassung, daß er durch Bildung von Antikörpern herbeigeführt wird. Die Beobachtung von Pickert und Loewenstein, wonach bei dieser Art von Tuberkulinbehandlung giftwidrige Antikörper entstehen, die mit dem Serum passiv übertragbar sind, konnte Verf. mit verbesserter Methodik nicht bestätigen. Die Unempfindlichkeit, die erzeugt wird bei vorsichtiger Steigerung der Tuberkulindosen, beruht möglicherweise auch auf Antianaphylaxie, obwohl sie länger anhält als eine auf andere Weise erzeugte Antianaphylaxie. Daneben mag sie zum Teil auch spezifischer Natur sein. Es wäre denkbar, daß bei sehr lange fortgesetzter Behandlung das Vermögen des Körpers, tuberkulöses Gewebe zu bilden, ermüdet. — Die lokale Tuberkulinüberempfindlichkeit ist als ein Schutz des Körpers zu betrachten und sollte deshalb bei Tuberkulinbehandlung wie bei der natürlichen Heilung erhalten bleiben. Als Ziel der Tuberkulinbehandlung sollte die Herabsetzung der allgemeinen Empfindlichkeit bei erhaltener Lokalempfindlichkeit gelten. H. Vogt.

A. Ghon und **B. Roman.** *Zur pathologischen Anatomie der Kindertuberkulose.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI. S. 97 bis 131.)

Die Verff. berichten sehr eingehend über den Obduktionsbefund bei 6 Fällen von kindlicher Tuberkulose. In allen diesen Fällen fand sich die Lehre vom primären Lungenherd bestätigt. In bezug auf den Verlauf ergab sich ein Gegensatz zwischen den jüngeren Kindern, bei denen keine Heilungsbestrebungen zu bemerken waren, und den älteren, die neben progredienten Veränderungen mehr oder weniger vollkommen ausgeheilte aufwiesen. H. Vogt.

Elise Dethlof. *Vergleichende Tuberkuloseuntersuchungen an Kindern aus tuberkulösen und nicht tuberkulösen Familien.* (Med. Rev., 1914, S. 342.)

Durch Tuberkulinuntersuchungen nach von Pirquet an Kindern aus tuberkulösen und nicht tuberkulösen Familien ist Verf. zu dem Resultat gekommen, daß die wesentlichste Ansteckung im Kindesalter innerhalb der vier Wände im eigenen Heim vor sich geht. Die Reinlichkeit in den tuberkulösen Häuslichkeiten scheint eine sehr große Rolle zu spielen, indem sämtliche Kinder aus den unreinlichen Häuslichkeiten angesteckt waren, während aus den reinlichen Heimen nur die großen Kinder angesteckt waren. Die Milch scheint bei der Ansteckung keine wesentliche Rolle zu spielen, indem von 60 Kindern unter 4 Jahren aus nicht tuberkulösen Häuslichkeiten keines angesteckt war, von 67 Kindern aus tuberkulösen Häuslichkeiten dagegen 31. 73 Kinder stammten von tuberkulösen Müttern und 77 von tuberkulösen Vätern. Von ersteren reagierten 6% positiv, von letzteren 75%. Die Tuberkulose des Vaters scheint danach gefährlicher zu sein. (Spucken?) Wo in Familien ein Kind an offener

Tuberkulose litt, zeigten sich alle anderen Kinder auch angesteckt. Von den untersuchten Kindern waren 91 durch kürzere oder längere Zeit in einem Kinderheim beobachtet. 2 Kinder unter 1 Jahre waren angesteckt, das eine starb, das andere gedeiht gut, 7 waren zwischen 1 und 2 Jahren, keines von diesen scheint der Infektion erliegen zu wollen. Die infizierten Kinder, die unter 5 Jahren waren, zeigten alle eine Neigung zur Katarrhen im Respirations- oder Darmtraktus. Je jünger die Kinder waren, desto mehr schien ihr Allgemeinzustand gelitten zu haben und um so besser mußten die hygienischen Verhältnisse sein, unter denen sie leben sollten. Zur Bekämpfung der Tuberkulose verlangt Verf. Entfernung der Kinder aus den tuberkulösen Häuslichkeiten, entweder müssen sie in gesunden privaten Familien oder in Kinderheimen untergebracht werden, wo sie bis zum 5. bis 6. Lebensjahre bleiben. Karl Looft (Bergen).

C. G. Grulee and **F. Harms.** *Tuberculosis as a disease of the newborn.* (Tuberkulose bei Neugeborenen.) (Americ. Journ. Dis. Child., April 1915.)

Befund bei einem 10tägigen Kinde; Mutter klinisch nicht tuberkulös, aber mit ausgeheilter Koxitis.

Reichliche Literaturangabe über diesen seltenen Gegenstand; es wird bemerkt, daß die Pirquet sche Probe fast stets negativ ausfällt und daß die Diagnose überhaupt zu den schwierigsten gehört, da die Krankheit sehr akut verläuft. Wachenheim (New York).

Hess. *The neglect to provide for the infant in the antituberculosis program.* (Das Übersehen des Säuglings im Kampfe gegen die Tuberkulose.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 19. Dezember 1914.)

Die Bewegung gegen die Tuberkulose trägt der hohen Infektionsgefahr der ersten Lebensjahre zu wenig Rechnung.

Wachenheim (New York).

Hermann G. Gade. *Die Diagnose der klinischen Initialformen der Kindertuberkulose.* (Steenske Bogtrykkeri., Kristiania, 1914.)

Verf. meint durch Röntgenuntersuchungen gezeigt zu haben, daß eine tuberkulöse Affektion der Respirationsorgane auf diese Weise sehr früh diagnostizierbar ist, früher wie durch andere physikalische Methoden. Das von den Klinikern aufgestellte Syndrom der Bronchialdrüsentuberkulose wird von tuberkulösen Prozessen der Respirationsorgane hervorgerufen, ohne daß das klinische Bild in dem gegebenen Falle sagt, daß der anatomische Prozeß eine bestimmte Lokalisation hat. Ob der primäre Herd in den Lungen oder in einer Bronchialdrüse sitzt, ist gleichgültig, da immer sekundäre Veränderungen der verschiedenen Gewebe der Lunge vorhanden sein werden.

Die gewöhnliche pathologisch-anatomische Diagnose der Kliniker „Tuberculosis glandularum bronchialium" ist berechtigt, insoweit ein wesentlicher Teil der pathologischen Prozesse, die das Initialstadium der Tuberkulose bedingen, in diesen Drüsen sitzt.

Die Schlußsätze des Verfs., die er aus seinen Röntgenuntersuchungen herleitet, müssen von Fachleuten beurteilt werden.

Karl Looft (Bergen).

Wollstein and **Bartlett.** *A study of tuberculous lesions in infants and young children, based on post mortem examinations.* (Die tuberkulösen Läsionen kleiner Kinder.) (Am ric. Journ. Dis. Chlildr., November 1914.)

Die Nekropsie läßt fast konstant Lungenaffektion nachweisen, deren Schwere meist auf Infektion durch die Luftwege deutet; alimentäre Infektion scheint in New York relativ selten zu sein, wegen der spärlichen Verwendung roher Milch. Es wurde kein Fall von Ausheilung einer lokalen Tuberkulose notiert, dagegen erlagen einige Kinder schon im 3. Lebensmonat. Bei mehr als einem Drittel aller Fälle fanden Verff. Meningitis, bei etwa zwei Dritteln tuberkulöse Lymphdrüsen, was auf die rasche Allgemeinerung der Infektion deutet.

Wachenheim (New York).

E. Feer. *Die kleinpapulösen Haut-Tuberkulide beim Kinde.* (Corr.-Blatt f. Schweizer Ärzte, 1914, Nr. 39.)

Viel häufiger wie das Skrofuloderma findet sich in den ersten Lebensjahren das papulo-nekrotische Tuberkulid (Folliclis, Acnitis), das als untrügliches Symptom einer aktiven Tuberkulose für die Ärzte diagnostisch von großer Wichtigkeit ist. Verf. hat seit Combys Vortrag in der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Kassel 1903 der unscheinbaren Hautkrankheit fortgesetzte Aufmerksamkeit zugewendet und ist über ihre Häufigkeit erstaunt.

Feer unterscheidet 2 Formen, das großpapulöse Tuberkulid (das papulanekrotische Tuberkulid im engeren Sinne), das aus hanfkorn- bis erbsengroßen Knötchen mit Neigung zu nekrotisch-eitriger Einschmelzung besteht und beim Kinde selten ist, und das kleinpapulöse Tuberkulid, das fast ausschließlich beim Kinde vorkommt. Er gibt, gestützt auf seine Beobachtungen an der Züricher Kinderklinik, eine genaue Schilderung des kleinpapulösen Tuberkulids nach Form und Verlauf. Das Charakteristische ist eine zentrale dunkle Schuppe oder häufiger noch eine Delle in einer glänzenden, leicht über die Haut erhabenen Scheibe. Der ausgesprochene Glanz von Hautfarbe oder Wachs, welchen der um die zentrale Schuppe oder Delle flache Wall aufweist, führt häufig zuerst zur Entdeckung der Papel und ist besonders deutlich bei schräg auffallendem spiegelndem Licht und bei Anspannung der Haut. Die Größe der Papeln beträgt 1 bis 2 mm im Durchmesser, selten größer. Juckreiz besteht nicht. Die Papelchen können viele Wochen bestehen und sich vollständig zurückbilden; häufig hinterbleibt auch ein ganz flaches Närbchen an der Stelle der Delle, als Zeichen einer trockenen Nekrose der Haut, das auch nach Monaten zu finden ist.

Nicht selten tritt eine seichte Vereiterung des Zentrums auf. Die Ähnlichkeit mit einer Aknepustel wird dadurch groß, und die Differentialdiagnose ist nur durch Beobachtung des Verlaufes und

durch histologische Untersuchung zu stellen. Die Vereiterung entsteht durch sekundäre Infektion der Papeln (Staphylokokken). Manchmal ist diese Vereiterung sehr eigenartig, indem sich das eitrige Zentrum nach außen scharf abgrenzt und in der entzündeten Papel als gelber, trockener Deckel imponiert, der „wie eine Füllung im Zahn" aussieht, so daß die Unterscheidung gegen Ekzem und Akne sehr leicht ist.

In der Lokalisation bevorzugen die kleinpapulösen Tuberkulide die Oberschenkel, die Glutäal- und Kreuzbeingegend und die Streckseite der Oberarme. Charakteristisch ist das spärliche Auftreten, meist 2 bis 4, selbst nur eine Effloreszenz. Es gehört deshalb große Aufmerksamkeit und systematisches Suchen dazu, die Tuberkulide wahrzunehmen.

Das pathologisch-anatomische Bild zeigt in den obersten Schichten des Koriums Granulationsgewebe mit Lymphozyten, in dem sich häufig Riesenzellen und Epitheloidzellen nachweisen lassen; darüber vermehrte Schichtung der Epidermis-Hyperkeratose und Schuppenbildung. In dem späteren Stadium kommt es dann gewöhnlich zu einer stärkeren Nekrose des Entzündungsherdes.

In bezug auf das Lebensalter der affizierten Kinder gibt Feer als besonders bevorzugt das Säuglingsalter an, „wo man mindestens in der Hälfte der tuberkuloseinfizierten Kinder bei fortlaufender Beobachtung einzelne Eruptionen findet". Am häufigsten erscheinen sie bei den fieberhaften Formen der Tuberkulose.

In der Streitfrage der Ätiologie der Tuberkulide, ob diese stets durch Tuberkelbazillen verursacht werden, oder ob sie bloß die Reaktion der Haut auf tuberkulotoxische Produkte darstellen, äußert sich Feer auf Grund seiner Untersuchungen dahin, daß unzweifelhaft ein Teil der papulösen Tuberkulide durch Bazillen erzeugt werde (einmal im histologischen Schnitt ein Tuberkelbazillus gefunden, einmal positive Meerschweinchenimpfung mit zwei typischen kleinen Tuberkuliden), daß die Frage aber noch offen gelassen werden muß, ob nicht oft die Toxine allein für die Entstehung genügen. Der gutartige Charakter trennt die Hauttuberkulide von den Hauttuberkulosen.

Die Bedeutung der kleinpapulösen besteht darin, daß ihr Vorkommen eine aktive Tuberkulose anzeigt und damit eine Ergänzung der Pirquetschen Probe bildet. Bedingung für das Auffinden der Eruptionen ist, daß man es sich zur Regel macht, die Haut jedes kleinen Patienten sorgfältig abzusuchen. E. Burckhardt.

M. Herzog. *Erstickung infolge Durchbruches einer tuberkulösen Drüse in die Trachea.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Nr. 32.)

Ein 12jähriger, bisher gesunder Knabe bekommt nach einer Bergtour plötzlich Erstickungsanfälle, ähnlich einem heftigen Asthmaanfall. Vorübergehende Besserung durch Intubation, Exitus nach einigen Stunden. Bei der Sektion zeigt sich eine Perforation in der Trachea von der Größe eines 5-Centimes-Stückes, oberhalb derselben ein Stück vereiterte Trachealdrüse, das durch einen Gewebs-

fetzen, welcher der Drüsenkapsel entspricht, mit der Trachealöffnung zusammenhängt. Das Drüsenstück wirkte so wie ein Ventil.

E. Burckhardt.

Geo. A. Allan. *Tuberculous meningitis (bovine infection) in an infant aged 12 weeks.* (Lancet, 29. Nov. 1913.)

Ein Säugling, der nur vorübergehend verdünnte Kuhmilch als Beinahrung zur Brust erhalten hatte, starb mit 12 Wochen an Miliartuberkulose. Nicht erblich belastet. Bei sorgfältiger bakteriologischer Untersuchung stellte sich heraus, daß der Erreger dem bovinen Typus angehörte. Daß die Kuhmilch die Übertragung verschuldet habe, glaubt Verf. nicht; er hält es für möglich, daß ein Adoptivkind der Eltern, das sich während der Erkrankung des Patienten gerade zur operativen Beseitigung von tuberkulösen Nackendrüsen im Hospital befand, dem Säugling die bovinen Tuberkelbazillen übertragen habe. Eine Untersuchung des Bazillentypus bei dem Adoptivkinde hat aber nicht stattgefunden.

Eckhardt

Heinrich Brockmann. *Zwei Fälle von Pseudomeningitis bei tuberkulösen Kindern.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 433—436.)

Die Einführung der Lumbalpunktion hat die Diagnose der tuberkulösen Meningitis wesentlich gesichert. Trotzdem kommen diagnostische Schwierigkeiten auch heute noch vor. In dem einen der vom Verf. geschilderten Fälle hatte ein in der Nähe des dritten Ventrikels gelegener Tuberkel zu einer Reizung der Ventrikelwand, mit reichlicher Sekretion eines lymphozytenreichen und eiweißhaltigen Liquors geführt. Im zweiten Falle bestanden bei einem tuberkulösen Säugling Druckerhöhung mit Spannung der Fontanelle, ohne daß eine Meningitis zugrundelag.

H. Vogt.

Richards. *Relation of tonsils, adenoids and other throat conditions to tuberculous cervical adenitis.* (Verhältnis der Tonsillen, Adenoiden usw. zur tuberkulösen Zervikaladenitis). (Boston Med. Surg. Journ., 7. Januar 1914.)

Verf. meint, daß die Tonsille nicht selten die Eingangspforte der Tuberkulose bildet. Bei Zervikaladenitis ist die Entfernung hypertrophischer Tonsillen der erste Schritt.

Wachenheim (New York).

A. H. Tubby. *Surgical tuberculosis in children, with suggestions as to a method of treatment.* (Lancet, 19. Juli 1913.)

Verf. betont die besseren Resultate der modernen konservativen Behandlung der chirurgischen Tuberkulose gegenüber der operativen und fordert zur Bekämplung eine großzügige Durchführung jener Methode.

Zunächst müßten alle einschlägigen Behörden und Vereine in Fühlung treten und alle Erkrankungsfälle registrieren. Dann müßte eine ausreichende Zahl von Gebäuden, nur aus Holz mit Backsteinfundament, errichtet werden, um sämtliche erkrankten Kinder auf dem

Lande in günstiger klimatischer Lage unterbringen zu können. Diese Gebäude müßten Hospitalcharakter tragen, also dauernd von gut ausgebildeten sachverständigen Ärzten versorgt werden. Für Erziehung während des (jahrelangen) Aufenthaltes in diesen Hospitälern muß gesorgt sein. Nach der Entlassung müßten die Kinder noch lange weiter beobachtet werden. Eckhardt.

Syphilis.

Wolff und Zeeman. *Über die Kutireaktion von Noguchi bei Lues.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, II, S. 811.)

Mit der Luetine Noguchii wurden durch Wolff und Zeeman in der Amsterdamer Augenklinik Versuche gemacht über den Wert der Kutireaktion mit diesem Reagens für die Luesdiagnostik, und zwar:

1. bei 39 zweifellos luetischen Kranken (Keratitis parenchymatosa, Iritis, Chorioiditis, Tabes, Dementia paralytica, Lues cerebri, Lues II und Lues III), bei welchen zur selben Zeit die Wassermannsche Reaktion ausgeführt wurde. Es ergab sich nun, daß in 23 Fällen beide Reaktionen positiv waren, in 10 Fällen war Wassermann positiv, Luetin negativ und in zwei Fällen war Wassermann negativ und Luetina positiv, während in vier Fällen beide negativ waren.

2. bei 20 nicht luetischen Kranken (Iritis, Keratitis, Zyklitis, Skrofulose, Spina ventosa). Bei diesen war in 18 Fällen die Reaktion negativ und 2mal positiv (Spina ventosa, Keratitis tuberculosa).

In vielen Fällen zeigte sich die Beurteilung nach dem Resultate der Reaktion als sehr schwierig. Graanboom.

Schippers. *Über den Wert der Luetinereaktion in der Diagnostik der Kinderkrankheiten.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, II, S. 817.)

Bei 20 klinisch oder poliklinisch im Kinderkrankenhause beobachteten kongenital luetischen Kindern, welche alle positive Wassermannsche Reaktion zeigten, wurde die Kutireaktion mit Luetine Noguchii versucht. Die Reaktion war in 4 Fällen negativ. In den übrigen trat eine Papel oder eine Pustel auf; in einzelnen Fällen war die Reaktion verzögert. Alle Kinder waren während der Untersuchung in Behandlung mit Protojoduret (2- bis 3mal täglich 5 mg).

Zur Kontrolle wurde bei 46 anderen, nichtluetischen Kindern, bei welchen die Wassermannsche Reaktion negativ war, die Kutireaktion versucht, welche in 3 Fällen positiv wurde.

Schippers behauptet, daß die Kutireaktion für die Diagnose nicht brauchbar ist, und zwar 1. weil sie öfter negativ ist bei zweifelloser Lues (in 20% der Fälle) und positiv sein kann bei Nichtluetischen (6% der Fälle), 2. weil es zu lange (zum mindesten 8 Tage) dauert, bevor die Reaktion beurteilt werden kann, und 3. weil die Beurteilung, ob in einem konkreten Falle die Reaktion positiv oder negativ sei, öfter außerordentlich schwierig ist. Graanboom.

J. Leslie Gordon. *The incidence of inherited syphilis in congenital mental deficiency.* (Lancet, 20. Sept. 1913.)

Verf. fand in 400 Fällen mit angeborenen geistigen Defekten 66mal positive Wassermannsche Reaktion; luetische Stigmata fanden sich nur bei 11 von diesen Fällen; außerdem hatten noch 16 Fälle Stigmata, bei denen die Reaktion negativ war. Anamnestisch war wenig zu erweisen; in einem Falle konnte das Blut der Mutter untersucht werden, mit positivem Ergebnis. Verf. meint, daß hereditäre Lues „neben anderen Faktoren" bei angeborener geistiger Minderwertigkeit eine wesentliche Rolle spiele; durch rechtzeitige Behandlung der graviden Mutter und des Neugeborenen sei mancher Erfolg zu erhoffen.

Eckhardt.

H. C. Stevens. *Mongolian idiocy and syphilis.* (Mongolismus und Syphilis.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 15. Mai 1915.)

Verf. findet bei mongolischer Idiotie nicht selten positiven Wassermann, namentlich in der Zerebrospinalflüssigkeit; Globulinvermehrung ist fast die Regel und auch die Langesche Reaktion ist gewöhnlich positiv. Wachenheim (New York).

J. R. Kuth. *Early congenital bone lues.* (Frühe angeborene Knochenlues.) (Arch. of Pediatr., April 1915.)

Verf. betont den Wert der Röntgenuntersuchung. Die Krankheit ist häufiger, als man aus den klinischen Zeichen schließen möchte.

Wachenheim (New York).

Respirationsorgane.

E. C. Fleischner. *Some sources of error in the diagnosis and treatment of lebar pneumonia in childhood.* (Fehlerquellen in der Diagnose und Behandlung der kruppösen Pneumonie im Kindesalter.) (Arch. of Pediatr., März 1915.)

Verf. schildert Fälle von Verwechslung mit Meningitis, Appendizitis, Abdominaltyphus und Pleuritis, namentlich bei atypischen Pneumoniefällen. Wachenheim (New York).

Enrique Suñer. *Untersuchungen über den bronchopneumonischen Pseudokrupp.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 579—600.)

Bei manchen Fällen von Bronchopneumonie im Kindesalter kommt es zu den für Larynxstenose als charakteristisch geltenden Erscheinungen von tönender Inspiration, Einziehungen des Brustkorbes und Zyanose, ohne daß irgend welche Veränderungen an der Schleimhaut des Kehlkopfes während des Lebens oder nach dem Tode nachzuweisen wären. Die Erscheinungen der Atemnot können so bedrohlich werden, daß ein unmittelbarer Eingriff erforderlich erscheint. Dazu eignet sich nur die Intubation, nicht aber die Tracheotomie. Fälle dieser

Art können zustande kommen durch eine diphtherische, ebensogut aber auch durch andersartige Infektionen der tiefen Luftwege. Verf. vermutet, daß die geschilderten Erscheinungen hervorgerufen werden durch eine abnorme Beweglichkeit der Kehlkopfwände, die bei bronchopneumonischer Dyspnöe sich zusammenlegen. H. Vogt.

L. W. Sauer. *Two cases of parapneumonic empyema in children.* (Zwei Fälle von parapneumonischem Empyem.) (Arch. of Pediatr., März 1915.)

Verf. notiert mit Gerhardt das frühe Erscheinen von Eiter, den milden, fast afebrilen Verlauf, die geringe Menge des Eiters und das Fehlen von Keimen in demselben. Man soll nicht eilen, diese Fälle zu operieren, da sie meist ohne chirurgischen Eingriff genesen. Wachenheim (New York).

Blut und blutbildende Organe.

H. Kleinschmidt. *Aplastische (aregeneratorische) hämolytische Anämie im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 1.)

Unter diesem Namen beschreibt Verf. vier klinisch beobachtete Krankheitsfälle, von denen zwei zur Autopsie kamen. Sie waren ausgezeichnet durch hochgradige Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins und Abnahme der Zahl der weißen Blutkörperchen, insbesondere der Granulozyten und auch der Blutplättchen, während qualitative Veränderungen des Blutbildes fehlten. Die Erkrankung läuft schnell ab und ist durch therapeutische Eingriffe nicht zu beeinflussen. Fast regelmäßig besteht ausgeprägte hämorrhagische Diathese. Urobilin und Urobilinogen sind im Harn nicht nachzuweisen. Bei der Obduktion erweist sich das Knochenmark als außerordentlich arm an roten Blutkörperchen und deren Vorstufen. Die Erkrankung ist nicht auf abnorme Konstitution des Individuums, sondern auf die Einwirkung einer bisher noch unbekannten Schädlichkeit zurückzuführen.

H. Vogt

Rudolf Lawatschek. *Ein Fall von Aleukämie mit aplastischem Blutbilde.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 342 bis 347.)

Bei einem 13½jährigen Knaben, der seit einem Jahre an Allgemeinerscheinungen, wie Atemnot, Schwindelanfällen usf., gelitten hatte, wurde außer erheblicher Lebervergrößerung eine fortschreitende Herabsetzung der Blutkörperchenzahl und des Hämoglobingehaltes beobachtet. An der Verminderung der Blutkörperchen waren die farblosen ebenso stark beteiligt als die roten. Dabei fehlten, von Polychromatophilie abgesehen, jegliche Regenerationserscheinungen im Blute. Kurz vor dem Tod entwickelten sich die Erscheinungen der hämorrhagischen Diathese. Bei der Obduktion zeigten sich die blutbildenden Organe sowie Leber und Nieren durchsetzt von kleinen

runden Zellen nach Art der Lymphozyten, wonach der Fall in die Gruppe der Lymphadenosen einzureihen ist. H. Vogt.

A. E. Meyers. *Benzol treatment in a case of lymphatic leukemia, with autopsy.* (Benzolbehandlung eines Falles von lymphatischer Leukämie mit Nekropsie.) (Arch. of Pediatr., März 1915.)

Symptomatische Besserung bei 4mal täglichen Gaben von 0·2 Benzol bei einem 4jährigen Kinde.

B. Wachenheim (New York).

Yates, Bunting und Kristjanson. *The etiology of splenic anemia or Banti's disease.* (Ätiologie der Bantischen Krankheit.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 19. Dezember 1914.)

Veiff. notieren den Befund eines dem B. Hodgkini ähnlichen Bazillus. Vorläufige Mitteilung. Wachenheim (New York).

Lymphatischer Apparat.

Indemans. *Angeborene Vergrößerung der Speicheldrüsen mit angeborenen Lymphangiomen des Halses.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, Bd. II, S. 1953.)

Bei einem Mädchen, das in Hinterkopflage spontan geboren wurde, wurde schon direkt nach der Geburt folgendes konstatiert:

Kräftig gebauter, im übrigen gesunder Neonatus, Kopf stark rückwärts geneigt infolge Tumoren am Hals und am oberen Teil der Brust. Es wurden nämlich an beiden Seiten des Halses, unterhalb des Unterkiefers, halbfaustgroße, weiche, knollige Tumoren konstatiert, welche sich nach oben bis an die Vorderseite des linken Ohres ausbreiteten und die sich kundgaben als die Drüsenlappen von den ineinander laufenden, stark vergrößerten Ohrspeichel-, sublingualen und submaxillaren Speicheldrüsen.

Außerdem fand sich ein Lymphocystoma Colli congenitum, welches, das Manubrium Sterni völlig bedeckend, nach rechts, oben und unten das Schlüsselbein entlang, bis an die rechte Axilla sich ausbreitete. Diese Geschwulst war schlaff, spannte sich jedoch bedeutend, sobald das Kind zu schreien anfing. Durch den Druck der verschiedenen genannten Geschwülste war der Raum in der Mundhöhle so sehr beengt, daß die Atmung etwas stertorös war und das Kind beim Schreien zyanotisch wurde.

Der Fall hat einige Ähnlichkeit mit der von Mikulicz als „eigenartige symmetrische Erkrankung der Tränen- und Mundspeicheldrüsen" beschriebenen Krankheit. Diese unterscheidet sich aber von dem beschriebenen Krankheitsfalle dadurch, daß sie erst im späteren Lebensalter zur Entwicklung gelangt und daß die Tränendrüsen mitbeteiligt sind, während in casu diese Drüsen keine krankhaften Veränderungen zeigten.

Indemans meint also, daß es sich nicht um einen Fall von Mikuliczscher Krankheit, sondern um eine Morbus sui generis handelte.

Nur von Hagenbach (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1908, S. 478) ist ein ähnlicher Fall beschrieben, bei dem angeborene symmetrische Lymphangiome in den 6 Speicheldrüsen konstatiert worden waren. Graanboom.

Francis Warner. *Development of the pharynx by muscular excercises after operation of adenoids.* (Lancet, 20. Dezember 1913.)

Um die bei Kindern mit Adenoiden oft enge knöcherne Begrenzung des Pharynx zum Wachstum zu bringen, versucht Verf. die dazu gehörige Muskulatur dadurch zu kräftigen, daß er, während das Kinn des Patienten durch die Hand des Arztes bei leicht geöffnetem Munde fixiert wird, Widerstandsbewegungen mit dem Kiefer nach allen Richtungen machen läßt. Die Übungen sollen 1 Jahr lang fortgesetzt werden. Ferner läßt er methodische Atemübungen machen. Eckhardt.

Innere Sekretion.

H. D. Rolleston und **E. J. Boyd.** *Addisons disease in a boy, with calcification of the adrenals, with remarks.* (Brit. Journ. of chi dr. dis., März 1914.)

Bericht über einen Fall von Addisonscher Krankheit bei einem $12^3/_4$ Jahre alten Knaben. Im Röntgenbilde Verkalkungsherde in den Nebennieren (und den Bronchialdrüsen) nachweisbar, wohl sicher auf ausgeheilte Tuberkulose zurückzuführen; Pirquet negativ, Herz abnorm klein. — Addisonsche Krankheit ist unter 16 Jahren selten, ein Fall im Alter von 3 Jahren ist publiziert, ferner 5 Fälle in einer Familie: Mutter und 4 Kinder von 7 bis zu $2^1/_2$ Jahren: diese familiäre Erkrankung ist aber zweifelhaft, da es sich auch um Arsenvergiftung gehandelt haben kann. Eckhardt.

T. Le Boutillier. *Hypertrophy of the thymus and thymus heath.* (Thymushypertrophie und Thymustod.) (Arch. of Pediatr., Mai 1915.)

Bericht über 4 Fälle. Verf. meint, daß in manchen Fällen plötzliche Anschwellung der Drüse den letalen Ausgang durch Erstickung bedinge, daß die Rolle der Thymussekretion noch unklar ist und daß in zweifelhaften Fällen die Röntgenstrahlen zu Hilfe gezogen werden sollen. Wachenheim (New York).

Alwin Pappenheimer. *Weitere Experimente über die Wirkung der Thymusexstirpation auf Ratten, mit besonderer Berücksichtigung der angeblichen Entstehung rachitischer Veränderungen.* (Journ. exper. med., Bd. XX, S. 477—497.)

Rachitische Veränderungen der Knochen und Zähne kommen bei jungen Albinoratten spontan vor, möglicherweise auf infektiöser

Basis. Mit der Erkrankung ist oft, aber nicht regelmäßig, Hemmung des Wachstums und Störung der Ernährung verbunden. Zahlreiche sorgfältig ausgeführte, durch mikroskopische Untersuchung auf Vollständigkeit der Exstirpation kontrollierte Versuche mit Herausnahme des Thymus ergaben, daß die Operation mit der Entstehung von rachitischen Veränderungen nichts zu tun hat. Bei einigen rachitischen Ratten fanden sich ungewöhnlich zahlreiche Mitosen in den im übrigen vollkommen normalen Nebenschilddrüsen. Im Gegensatz zu den Angaben von Klose und von Magnini wurde die Operation von den Tieren ohne schwere Schädigung ertragen.

H. Vogt.

Sergius Morgulis und **W. J. Gins.** *Der Kalkgehalt der Knochen und der Zähne von normalen und thymektomierten Albinoratten.* (Journ. exper. med., Bd. XX, S. 499—502.)

Bei Ratten mit spontaner Rachitis wurde ein verminderter Kalkgehalt der Knochen wie der Zähne festgestellt. Dagegen hatte die Entfernung des Thymus auf den Gehalt der Knochen und der Zähne an Kalk keinen Einfluß. H. Vogt.

Verdauungstraktus.

Lichtenberg. *Angeborene Pylorusstenose mit Ulzeration der Schleimhaut infolge eines Vagusleidens.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, Bd. II, S. 1675.)

Schon aus den experimentellen pathologischen Untersuchungen von Talma und seinen Schülern van Yzeren und Lichtenberg war die Bedeutung eines Leidens des Nervus Vagus für die Ätiologie des Ulcus Ventriculi festgestellt.

Die nachfolgende klinische Beobachtung und Obduktion an einem Kinde unterstützt die genannten experimentell-pathologischen Untersuchungen.

Knabe von 6 Wochen mit 2850 g Körpergewicht kommt in Behandlung mit Erscheinungen von Pylorospasmus. Nachdem das heftige Erbrechen etwa 6 Wochen fortgedauert hatte, wird, weil alsdann Blut im Erbrechen und im Stuhl konstatiert wurde, zur Operation, und zwar zur Gastro-enterostomia retrocolico-posterior, geschritten. Tod nach einigen Stunden.

Bei der Obduktion wurde gefunden: Hypertrophie mit Krampf des Sphincter Pylori; unmittelbar oberhalb des Zwerchfelles besteht ein Pulsationsdivertikel des Ösophagus, welches in seinem unteren Teile durch das Zwerchfell umschnürt wurde. Die Wand des Divertikels ist papierdünn und zeigt eine Perforationsöffnung nach der rechten Thoraxseite hin. Die beiden sehr dünnen Nervi Vagi verkümmern allmählich in der Richtung von oben nach dem Zwerch-

fell, so daß sie in der Höhe des Divertikels in dieser Wand bindegewebig sich verlieren.

Offenbar waren also bei Lebzeiten die beiden Nervi Vagi zwischen dem Divertikel und dem sie umschnürenden Zwerchfell zusammengedrückt und danach atrophiert. Bei einer diesbezüglichen Untersuchung, zur Kontrolle angestellt bei einem normalen Knaben desselben Alters, konnte konstatiert werden, daß die Nervi Vagi den Ösophagus entlang, das Zwerchfell passierend, bis zur Magenwand zu verfolgen sind.

Durch Lichtenberg wird nun in casu diese Degeneration der Nervi Vagi für das Krankheitsbild, und zwar für den Krampfzustand des Magens und des Sphincter Pylori, ebenso wie für die Schleimhautblutungen verantwortlich gemacht. Graanboom.

Theodor Fröhlich. *Pylorusstenose bei Säuglingen.* (Med. Rev., 1914, S. 332.)

Das Erbrechen fing bei sämtlichen Fällen — 4 Knaben — in der 3. und 4. Lebenswoche an; in dem einen Falle bestand schon von Geburt an eine gewisse Neigung zum Erbrechen.

3 von den Kindern erhielten ausschließlich Brust, einer vom Anfange an Allaitement mixte. In sämtlichen Fällen wurden peristaltische Bewegungen in typischer Form gesehen, gelegentlich wurde Sanduhrform und Magensteifung beobachtet. Bei 2 wurde der Pylorus deutlich gefühlt, bei 1 war der Befund zweifelhaft, bei 1 wurde er nicht gefühlt. Die Fälle kamen in der 6., 7., 13. respektive 14. Woche zur Behandlung und wurden geheilt unter Anwendung von sehr kleinen Mahlzeiten mit möglichst fettarmer Milch (2 Brustmilch, 1 Allaitement mixte, 1 Kuhmilch). Verf. glaubt, wie er es schon in einer früheren Publikation ausgesprochen hat, daß die primäre Ursache dieser eigentümlichen Krankheit in einer abnorm stark angelegten Muskulatur des Antrum pylori (Ibrahim) zu suchen ist.

Karl Looft (Bergen).

Lewis and **Grulee.** *The pylorus after gastro-enterostomy for congenital pyloric stenosis.* (Zustand des Pylorus nach Gastroenterostomie wegen angeborener Pylorusstenose.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 30. Januar 1915.)

256 Tage nach der Operation war der Pylorus ebenso hypertrophisch und stenotisch wie vor der Gastroenterostomie. Die Entfernung des Reizes hatte demnach auf die anatomischen Verhältnisse keinen Einfluß. Wachenheim (New York).

C. L. Scudder. *The significance of the Roentgen-ray examination following operation for congenital pyloric tumor.* (Bedeutung der postoperativen Röntgenuntersuchung bei Pylorusgeschwulst.) (Boston Med. and Surg. Journ., 4. Februar 1915.)

Röntgenbestrahlung, selbst 9 Monate nach der Operation, zeigt Persistenz des Tumors; es ist also an einfachen Pylorospasmus bei

diesen Fällen nicht zu denken; sie wären ohne Operation sicher verloren. Wachenheim (New York).

Otto Sachs. *Ein Fall einer Analstenose, einen echten Hirschsprung vortäuschend.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 469—472.)

Bei einem 7jährigen Knaben, der wegen des in einen engen, narbigen Gang verwandelten Anus von jeher an schwerer Obstipation gelitten hatte, war im Laufe der Zeit eine hochgradige Erweiterung des Rektums und Kolons entstanden und die Anlegung eines künstlichen Afters notwendig geworden. Durch einfache Durchtrennung des Analsphinkters und Verschluß des künstlichen Afters wurde vollkommene Heilung erzielt und so der Beweis erbracht, daß in diesem Fall die Erweiterung von Rektum und Kolon sekundärer Natur war. H. Vogt.

L. Porter and **A. Weeks.** *Megacolon and microcolon.* (Americ. Journ. Dis. Child., April 1915.)

Interessant war bei dem Fall von Mikrokolon eine Hypertrophie der Dünndarmwand, die dem Befunde bei Megakolon vollkommen entsprach. Es schiebt sich demnach die hypertrophische Dünndarmstenose zwischen den Krankheitsbildern der Pylorusstenose und des Megakolons (Hirschsprung) ein.

Wachenheim (New York).

Dr. Paula Tobias. *Rezidivierende Nabelkoliken der Kinder.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 33.)

Verf. nimmt bei einem Teil jener von Moro-Friedjung usw. beschriebenen Fälle von rezidivierender Nabelkolik als materielle Grundlage der Symptome ein Ulcus ventriculi oder duodeni oder deren Vorstufen an. Klotz.

Stheeman. *Schwere Formen von Magen- und Darmachylie bei Kindern in den ersten Lebensjahren.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1915, Bd. I, S. 504.)

Stheeman hatte Gelegenheit, im Haagschen Kinderkrankenhause 5 Fälle der von Heubner beschriebenen „schweren Verdauungsinsuffizienz" zu beobachten. Die Beobachtung erstreckte sich über längere Zeit, in vereinzelten Fällen selbst über mehr als ein Jahr.

Dabei ergab sich, daß neben den Störungen von seiten des Magendarmtraktus und dem Stillstande des Körpergewichtes eine Reihe nervöser Störungen hervortrat, welche bis jetzt bei dieser Krankheit nicht beschrieben worden sind.

Diese nervösen Störungen traten teils unter dem Bilde der Spasmophilie auf. Ein anderer Teil aber, und zwar die herabgesetzten Haut- und Sehnenreflexe, erinnerte an die nervösen Störungen, welche, wie bei der Barlowschen Krankheit, bei vitaminarmer Ernährung auftreten.

Was die Pathogenese des Leidens anbetrifft, so ist S t h e e m a n nicht der Ansicht H e r t e r s, der das Leiden als eine Art intestinalen Infantilismus deutet. Er ist vielmehr der Meinung H e u b n e r s, der die Ursache sucht in einer Achylia gastrica oder pancreatica mit Störung in der Fett- und Kohlehydratverdauung, als Folge einer periglandulären Insuffizienz des Magendarmkanals. Die Eiweißverdauung ist gewöhnlich ungestört.

S t h e e m a n konnte konstatieren, daß, sobald unter passender Diät der Allgemeinzustand sich besserte, die betreffenden Haut- und Sehnenreflexe wieder auf- und zugleich die spasmophilen Erscheinungen zurücktraten.

Es zeigte sich aber als eine schwierige Aufgabe, die richtige Diät zu finden, weil eine an Vitaminen reiche Ernährung öfter einen wenig günstigeren Einfluß auf die Achylie ausübte. In der Regel gelang es aber, die gewünschte Heilung zu erzielen.

Die Behandlung war 1. eine d i ä t e t i s c h e: Eiweißmilch, Buttermilch, Fruchtsäfte, dextrinisierte und einfache Mehlsorten, nachher Gemüse, Kartoffelpüree usw., 2. eine m e d i k a m e n t ö s e: 25 bis 30 g lauwarmer (40° R) Karlsbader Mühlbrunnen, mehrmals täglich, Tannigen, Tinct. Cascarilla, Tinct. Coto usw.

Später zeigte sich, daß die Heilung am schnellsten erreicht werden konnte durch eine Diät, bestehend aus 5 Mahlzeiten täglich, von welchen zwei aus Konsommee (bereitet aus Kalbfleisch, Wasser, Reis, Gemüse und Wurzeln, gekocht während 3 Stunden) und die drei anderen aus Buttermilch, Eiweißmilch oder Larosanmilch, Zwieback und Fruchtsaft bestanden. G r a a n b o o m.

G. J. Greil. *Report of a case of ameba colitis in a child five years of age.* (Amöbenkolitis bei einem 5jährigen Kinde.) (Arch. of Pediatr., April 1915.)

Der Fall kam in Alabama vor, wo Amöbendysenterie nicht selten ist. W a c h e n h e i m (New York).

Leber und Gallenwege.

Dickson. *Subacute atrophy of the liver.* (Subakute Leberatrophie.) (Americ. Journ. Dis. Childr., November 1914.)

Verf. berichtet über einen Fall bei einem 5monatigen Kinde; die Krankheit setzte mit Ikterus in der 2. Lebenswoche ein und endete unter akuten Erscheinungen. Diagnose bei der Nekropsie bestätigt. W a c h e n h e i m (New York).

Milz.

Reuben. *Splenomegaly Gaucher.* (Americ. Journ. Dis. Childr., November 1914.)

Betont werden speziell die differentialdiagnostischen Punkte, in der die Splenomegalie Gaucher von der Anaemia splenica, der Bantischen Krankheit und der v. Jackschen Anämie abweicht. Bei der vorliegenden Erkrankung notiert Verf. den viele Jahre langen Verlauf, den fast normalen Blutbefund, das Fehlen von Ödemen und Gelbsucht, die normale Größe der Lymphdrüsen.

Wachenheim (New York).

Urogenitalsystem.

E. J. Wood. *Acute pyelitis.* (Arch. of Pediatr., März 1915.)

Verf. bemerkt das häufige Übersehen und Verkennen dieser Krankheit, namentlich bei Mädchen. Die besten Erfolge werden mit Alkalien, vornehmlich Kal. citricum erzielt, Hexamethylenamin versagt häufig. Wachenheim (New York).

John Thomson. *Infection of the urinary tract in children by the colon bacillus.* (Lancet, 16. August 1913.)

Die Beobachtungen des Verf. an 71 Fällen von Koliinfektion der Harnwege bei Kindern lassen sich in folgende Sätze zusammenfassen.

In 32 Fällen ging dem Beginn der Erscheinungen von seiten der Harnwege eine andere, als prädisponierend bezeichnete Erkrankung voraus; in drei Vierteln der Fälle waren es Darmstörungen. — Erkrankungen der Harnwege sind bei Kindern unter 2 Jahren doppelt so häufig wie nach diesem Alter und sind im allgemeinen um so heftiger, je jünger ein Kind ist. Im Säuglingsalter werden im allgemeinen Knaben in früherem Alter befallen als Mädchen. — Während im ganzen die Mädchen viel häufiger (79%) erkranken als Knaben, sind in den ersten 6 Monaten die Knaben in der Mehrzahl. Schüttelfröste sind selten bei Knaben, häufig bei Mädchen; wahrscheinlich, weil Schüttelfröste durch das Befallenwerden der Uretheren ausgelöst werden und diese bei Mädchen häufig primär erkranken, weil bei ihnen eine aufsteigende Infektion erfolgt. — Schwere Allgemeinsymptome kommen meist nicht zustande, wenn nur die Blase affiziert ist, ziemlich regelmäßig aber bei Befallenwerden der oberen Harnwege. — Behandlung: reichliche Flüssigkeitszufuhr, eventuell durch Magensonde oder per rectum; Alkalisierung des Urins, durch Kalium citricum; Antiseptika (Kalomel für den Darm, Salol für die Harnwege; Urotropin versage oft bei Koliinfektion); endlich eventuell Vakzine. Eckhardt.

Lowenburg. *The efficiency of sodium chlorid in the therapeutics of Brights disease.* (Chlornatrium bei Nephritis.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 28. November 1914.)

Das Chlornatrium verursacht weder noch verschlimmert es die Wasserretention, auch nicht bei Nephritis, sondern bloß bei gewissen Toxikationen, wie sie auch bei Nephritis vorkommen können. Sind die Nieren nicht stark geschädigt, so heilt sogar dieses Salz etwa vorhandenes Ödem. Auch bei Atrophie (Dekomposition) verursacht das Kochsalz kein Ödem. Die besten Resultate erhält man bei Verbindung mit Natriumkarbonat, rektal oder intravenös angewandt, die subkutane Anwendung ist wegen Gefahr von lokaler Nekrose nicht ratsam. Wachenheim (New York).

Schulte und **Woltring.** *Über das Vorkommen von roten Blutkörperchen in dem Harne von gesunden Personen.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk, 1914, Bd. II, S. 589.)

Für die meisten Autoren gilt der Satz, daß die Anwesenheit von selbst vereinzelten Erythrozyten im Harnsedimente auf eine Erkrankung der Harnorgane hinweist und daß sie jedenfalls als pathologische Erscheinung angesehen werden muß.

Bei einem Kranken aus der Groninger Universitätsklinik wird demnach, auf Grund des Befundes von Erythrozyten im Harnsedimente, eine Erkrankung der Harnorgane diagnostiziert.

Da nun aber aus dem weiteren Verlaufe sich ergab, daß die vermutete Erkrankung fehlte, wurde der Frage nachgegangen, ob in Wirklichkeit das Vorkommen von Erythrozyten im Harnsedimente bei Gesunden ausgeschlossen ist. Zu diesem Zwecke wurde nun das Harnsediment bei 50 jungen gesunden Männern und bei 20 Gesunden im Alter über 35 Jahren untersucht. Es wurde zentrifugiert mit einer elektrischen Zentrifuge (1300 Umdrehungen pro Minute) während 5 bis 10 Minuten. Es wurde nur dann ein positiver Befund angenommen, wenn in jedem Präparate als Minimum 3 bis 5 Erythrozyten gefunden wurden.

In mehreren Fällen wurde eine höhere Zahl, und zwar 15 bis 20 konstatiert. Bei den 50 jungen Männern war in 42 Fällen (84%) der Befund positiv und wurden neben den Erythrozyten auch vereinzelte Leukozyten konstatiert. Eiweiß fehlte in all diesen Fällen.

Aus diesen Untersuchungen ergab sich also, daß die Anwesenheit vereinzelter Erythrozyten im Harnsedimente an sich nicht als pathologische Erscheinung angesehen werden muß.

Graanboom.

Rudolf Fischl und **Erwin Popper.** *Beiträge zur Kenntnis der lordotischen Dispositionsalbuminurie.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 31—68.)

An zwei mit orthotischer Albuminurie behafteten Kindern haben die Verff. nach den verschiedensten Methoden die Funktion der Niere geprüft. Dabei wurde niemals eine Abweichung vom normalen Verhalten festgestellt. Nach den Beobachtungen der Verff. haben Kinder mit orthotischer Albuminurie regelmäßig eine Lordose der Lendenwirbelsäule. Dagegen gelang es ihnen in keinem Falle, im Liegen durch Lordosierung eine Albuminurie herbeizuführen. Außerdem wiesen durch-

aus nicht alle Patienten mit lordotischer Lendenwirbelsäule Albuminurie auf. Die lordotische Dispositionsalbuminurie hat keinen engeren Zusammenhang mit Status lymphaticus. Eine Scheidung zwischen orthotischer und lordotischer Albuminurie ist nicht streng durchführbar. Zur Entstehung einer lordotischen Albuminurie muß neben der Lordose noch eine ihrem Wesen nach vorläufig unbekannte Disposition mitwirken. H. Vogt.

Bewegungsapparat.

Josef Westmeyer. *Der chronische Gelenkrheumatismus im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 69—84.)

Verf. berichtet über 5 Fälle der seltenen Erkrankung, von denen zwei nach mehrjährigem Verlauf in Heilung übergingen, während zwei weitere eine gewisse Besserung erfuhren. Die Behandlung bestand in Anwendung von Heißluftbädern, späterhin in Übungstherapie. Doch hebt Verf. hervor, „daß diese Therapie nur dann zum Ziele führt, wenn auch die Erkrankung selber zur Ausheilung neigt". H. Vogt.

Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Frederick Langmead. *Diagnosis, prognosis and treatment of Sydenhams chorea.* (Lancet, 20. Dezember 1913.)

Von großer Wichtigkeit ist Beobachtung der Frühsymptome der Chorea: Unaufmerksamkeit in der Schule, psychische Unruhe, Inkoordination der Bewegungen beim Schreiben usw.; besonders betont Verf. die Beobachtung der inkoordinierten Bewegungen der Iris, auf die er selbst aufmerksam gemacht hat. An die Möglichkeit einer Verwechslung mit Ticks, athetoiden Bewegungen bei zerebraler Diplegie, mit Meningitis und Enzephalitis im Frühstadium muß gedacht werden. — Die Prognose ist nach Verf. immer gut. — Für die Behandlung stellt Verf. absolute körperliche und geistige Ruhe obenan. Von Medikamenten verwendet er nur Salizylpräparate in mittleren Dosen; Arsen hält er für bedenklich, überdies habe er bei medikamentös nicht behandelten Fällen dieselben Heilungserfolge gesehen wie bei behandelten. Rechtzeitiges Beginnen mit Massage und passiven Bewegungen zur Nachbehandlung ist von großer Bedeutung. Eckhardt.

W. B. Swift. *The voice sign in chorea.* (Das Stimmphänomen bei Chorea.) (Americ. Journ. Dis. Child., Februar 1915.)

Das Phänomen besteht in Schwankung der Tonhöhe bei Aussprache eines verlängerten Vokals; es beruht auf choreatischen

Zuckungen der Stimmuskeln. Dabei bemerkt man gleichfalls eine Schwankung in der Stimmintensität.

Wachenheim (New York).

F. Hamburger. *Über seltene Formen kindlicher Schlafstörung.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 164 bis 167.)

Eigenartige rhythmische Bewegungen, die bei Kindern während des nächtlichen Schlafes auftraten, ließen sich durch Milieuwechsel und suggestive Maßnahmen weitgehend beeinflussen, ähnlich wie dies für die Enuresis, den Pavor nocturnus schon früher gezeigt worden ist. In einem der Fälle war die Schlafgewohnheit schon im 7. Lebensmonat aufgetreten. H. Vogt.

Bernard Myers. *Tongue-chewing.* (Zungenkauen.) (Brit. Journ. of childr. dis., März 1914.)

Zungenkauen ist schon vom 2. Lebensjahre an beobachtet worden und besteht weiter bis zu mittlerem Alter, zuweilen auch durch das ganze Leben. Mit fortschreitendem Alter wird es weniger bemerkbar. Beide Geschlechter können daran leiden. Mehrere Familienglieder können das Leiden haben. Die Gewohnheit ist angeboren, nicht nachgeahmt. Bei demselben Individuum wird immer dieselbe Zungenseite gekaut. Der Geisteszustand ist durchaus normal und der allgemeine Gesundheitszustand in keiner Weise beeinflußt. — Bromide bringen das Zungenkauen zum Aufhören; werden sie aber ausgesetzt, so beginnt es wieder. Eckhardt.

Williams. *The cause and cure of night terrors in children.* (Ursache und Heilung des Pavor nocturnus der Kinder.) (Arch. of Pedriatr., Dezember 1914.)

Verf. betont den gelegentlichen Wert der Psychoanalyse.

Wachenheim (New York).

John Priestley. *Nervous diseases of elementary school-children-boys and girls.* (Brit. Journ. of childr. dis., März 1914.)

Verf. teilt eine bei einem Material von 36.962 Kindern im Alter von 8 bis 9 und 12 bis 14 Jahren erhobene Statistik mit, aus der sich ergibt, daß erheblich mehr Knaben als Mädchen an geistigen Defekten, Stottern, spasmodischen Zuständen, Lähmungen, Epilepsie leiden; nur bei Kopfschmerzen und Chorea überwiegen die Mädchen. — Die Erklärung, daß das (bis zur Pubertät noch) wachsende Gehirn der Knaben infolge des Wachsens mehr zu Störungen neige als das der Mädchen, bei denen das Gehirnwachstum mit 7 Jahren aufhöre (Vierordt), ist nicht stichhaltig; denn eine Erhebung bei 12.837 Knaben und 12.437 Mädchen von 5 bis 6 Jahren zeigt, daß in diesem Alter, in dem das Gehirn bei beiden Geschlechtern noch wächst, 468 auf 10.000 Knaben an den oben genannten Erscheinungen leiden, von Mädchen aber nur 346 auf 10.000. Eckhardt.

W. G. Spiller. *Severe jaundice in the newborn child a cause of spastic cerebral diplegia.* (Spastische zerebrale Diplegie infolge von schwerem Ikterus beim Neugeborenen.) (Americ. Journ. Med. Sciences, März 1915.)

Verf. beschreibt 4 Fälle; der ätiologische Zusammenhang ist in diesen Fällen durchaus nicht so klar, wie sich Verf. vorstellt.

Wachenheim (New York).

Du Bois and **Neal.** *Summary of four years of clinical and bacteriologic experience with meningitis in New York City.* (4jährige klinische und bakteriologische Erfahrungen mit Meningitis.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Januar 1915.)

Bei Fehlen einer tatsächlichen Epidemie von Meningokokkenmeningitis ist die tuberkulöse Form am häufigsten, 30% aller Fälle; erst in zweiter Reihe kommt die epidemische Form; häufiger ist Verwechslung anderer Krankheiten mit Meningitis, so Pneumonie mit Meningismus, die zerebrale Form der Poliomyelitis usw. Bei der epidemischen Form betrug die Mortalität etwa 40%, im letzten Jahre bloß 26%. Wachenheim (New York).

Valerie Lederer. *Ein Beitrag zur Raynaudschen Krankheit im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 607—611.)

Anfälle von zyanotischer Verfärbung an Füßen und Händen, die mit spontaner und Druckschmerzhaftigkeit einhergehen, traten bei einem 3jährigen Mädchen im Laufe mehrerer Tage hintereinander auf und gingen anscheinend in Genesung aus. Für luetische Natur der Erkrankung bestand kein Anhaltspunkt. H. Vogt.

Carl Lofft (Bergen). *Infantiles Myxödem; neun neue Fälle.* (Med. Rev., 1914, S. 293.)

Die Fälle stammen sämtlich aus kropffreien Gegenden; acht sind kongenital, während der neunte nach operativer Entfernung eines Tumors in der Gegend zwischen Kehlkopf und Zungenwurzel auftrat. Unter den Kindern waren 8 Mädchen und 1 Knabe. In Beobachtung kamen von den Kindern 3 im Alter unter 1 Jahre, 2 im zweiten, 1 im dritten und 3 nach dem fünften Lebensjahre.

Ein 16 Monate altes Mädchen zeigte außer Myxödem auch Tetanie und Laryngospasmus, welche letzteren Symptome sich unter Schilddrüsenbehandlung vorübergehend besserten, später aber trotz der Behandlung fortdauerten. Bei einem 12jährigen Mädchen verschwand eine große zystöse Struma unter der Behandlung vollständig. Ein Säugling zeigte einen telangiektatischen Tumor in der Gegend über dem Kehlkopf ohne nachweisbare Verbindung mit dem darunter liegenden Gewebe. Während der Behandlung stellten sich am Tumor regressive Veränderungen ein. Der Fall von erworbenem Myxödem verdient deswegen Interesse, weil bei dem Kinde nach Entfernung eines Tumors zwischen Zungenwurzel und Kehlkopf im Alter von

5 Jahren das Wachstum sistiert hatte und die Symptome von Myxödem aufgetreten waren; es hatte sich um einen Zungenbasistumor mit dystrophischem Schilddrüsengewebe gehandelt. Das Kind kam mit 8 Jahren und 4 Monaten in Beobachtung des Verf. und zeigte damals eine Intelligenzentwicklung (Binet-Simons Untersuchungsmethode), wie sie einem Alter von 5 Jahren entspricht. Auch die Knochenkernentwicklung, wie sie sich bei der Untersuchung der Handwurzel und der unteren Vorderarmepiphysen im Röntgenbilde zeigte, entsprach demselben frühen Alter. Aus allen Krankengeschichten ergibt sich der Erfolg der Schilddrüsenbehandlung; Photographien der Kinder vor und nach der Behandlung sowie Röntgenbilder sind der Arbeit beigefügt. Autoreferat.

Dandy and **Blackfan.** *Internal hydrocephalus.* (Americ. Journ. Dis. Childr., Dezember 1914.)

Eine weitgehende Untersuchung, zum Teil auf Tierexperimente basiert. Die Krankheit kann durch Verlegung des Aquaeductus Sylvii künstlich erzeugt werden, ebenfalls durch Unterbindung der Vena Galena Magna. Die Zerebrospinalflüssigkeit stammt von den Plexus chorioidales durch Filtration sowie Sekretion, die Menge der Flüssigkeit wird durch Zirkulationsbehinderung gesteigert, Medikamente sowie die verschiedenen Drüsenextrakte haben darauf wenig Einfluß, höchstens erzeugt Pilokarpin eine geringe Steigerung. Die Flüssigkeit scheint innerhalb 4 bis 6 Stunden resorbiert und erneuert zu werden, ersteres erfolgt durch das Blut, nicht durch die Lymphgefäße und nicht durch die Ventrikelwände, sondern zumeist im Subarachnoidalraum; die Verbindung geschieht durch die Foramina von Magendie und Luschka, die sogenannten Foramina von Mierzejewski und Bichat existieren tatsächlich nicht.

Klinisch kann man 2 Typen des internen Hydrozephalus unterscheiden. Beim ersten Typus ist die subarachnoidale Resorption gut, die Foramina sind aber verlegt. Beim zweiten findet man schlechte Resorption ohne Verlegung. Die Behandlung muß entsprechend differenziert werden. Wachenheim (New York).

Joh. v. Bókay. *Beiträge zur Pathologie und Therapie des chronischen Hydrocephalus internus.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S, 17—24.)

In einem während des Lebens durchleuchteten Falle von hochgradigem Hydrozephalus wurde bei der Obduktion ein Befund erhoben, welcher mit dem Resultat der Durchleuchtung durchaus übereinstimmte. In einem weiteren Falle, der 7 Jahre hindurch beobachtet wurde, kam es bei regelmäßiger Ausführung von Lumbalpunktionen zu einer Rückbildung des Hydrozephalus sowie anscheinend zu Fortschritten in der geistigen Entwicklung. H. Vogt.

Stoffwechselkrankheiten.

R. A. Heiberg. *Der gegenwärtige Stand der Pathologie und Prophylaxe des Diabetes mellitus sowie die Therapie des Frühstadiums.* (Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh., Bd. V, H. 4, 1914.)

In der Überzeugung, daß „eine möglichst genaue Verbindung der klinischen Symptome mit dem Zustand des kranken Organs immer von fundamentaler Bedeutung bleibt", macht Verf. den Versuch, nähere Beziehungen zwischen den pathologischen Befunden am Pankreas und den klinischen Verlaufsformen der Zuckerkrankheit herzustellen. Er stützt sich dabei hauptsächlich auf eigene Untersuchungen und diejenigen Weichselbaums, die anatomische Veränderungen des Pankreas bei Diabetes mit großer Regelmäßigkeit ergeben haben. Der Befund akuter Veränderungen am Pankreas erscheint ihm geeignet, die Notwendigkeit der Schonungsbehandlung zu beleuchten. Unter dem bereits hervorgehobenen besonderen Gesichtspunkt bespricht er weiter kurz die Häufigkeit und Ausbreitung der Erkrankung, ihre erbliche Übertragung, die Prophylaxe und die Behandlung. H. Vogt.

Wynhausen. *Infantiler Diabetes.* (Ned. Tijdsch. v. Geneesk. 1915, Bd. I, S. 1371.)

In der Versammlung holländischer Naturforscher und Ärzte berichtet S. über Diabetes bei Kindern.

Auf Grund seiner Erfahrungen teilt Wynhausen nicht die allgemein verbreitete Meinung, nach welcher die Prognose dieser Erkrankung im Kindesalter stets sehr ungünstig gestellt werden muß.

Aus seinen Mitteilungen geht u. a. hervor, 1. daß in der Regel Fisch und Fleisch weit weniger gut vertragen werden als Eier und pflanzliches Eiweiß, 2. daß man bei der diätetischen Behandlung soweit wie möglich unter der Toleranzgrenze für Kohlehydrate bleiben soll, und zwar weil im kindlichen Alter plötzlich und unerwartet ein Sinken dieser Toleranzgrenze auftreten kann, und 3. man soll die Kinder im Bette halten, bis der Urin ganz zuckerfrei ist.

Für eine frühzeitige Diagnose ist die Untersuchung des Blutzuckergehaltes von großem Werte. Bei der Behandlung ist es auch nicht nur von Wichtigkeit, den Urin zuckerfrei zu machen, sondern es soll ebenso versucht werden, den Zuckergehalt des Blutes zur Norm zu bringen.

Es gelang nun bei 8 von den 15 behandelten Kindern, den Urin zuckerfrei zu machen. Nur 4 Kinder starben.

Bei der Diskussion wurde von Schippers darauf hingewiesen, daß die meisten Kinder, über welche Wynhausen berichtete, jugendliche Personen waren, älter als 12 Jahre, daß sie also das Alter überschritten hatten, das allgemein als Grenze für das kindliche Alter gilt und daß also die Mitteilung Wyn-

hausens nicht dem infantilen, sondern dem juvenilen Diabetes gilt.

Für den wahren infantilen Diabetes ist nach Schippers Erfahrung die Prognose eine äußerst ungünstige.

Graanboom.

Metcalf. *Acidosis with auto-intoxication in infants and children.* (Azidose mit Autointoxikation.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Januar 1915.)

Bericht über eine Epidemie von 100 Fällen in einer Kleinstadt, davon 9 Todesfälle. Die Ätiologie konnte nicht aufgedeckt werden.

Wachenheim (New York).

Hess and **Fish.** *Infantile scurvy.* (Säuglingsskorbut.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Dezember 1914.)

Verff. bemerken, daß die exsudative Diathese zum Skorbut disponiert; auch ist die pasteurisierte Milch nicht ganz einwandfrei, zumal die hiesige Amtsforderung eine sehr gründliche Pasteurisierung fordert, die der Sterilisierung ziemlich äquivalent ist. Als Prophylaktikum erwies sich Orangensaft als vollkommen genügend; er wurde auch den kleinsten Kindern ohne Schaden dargereicht.

Wachenheim (New York).

F. C. Knowles. *Pellagra in childhood.* (Pellagra im Kindesalter.) (Americ. Journ. Med. Sciences, Juni 1915.)

Die Krankheit ist in den ersten 2 Jahren selten, aber im späteren Kindesalter recht häufig. Die Hautläsionen sind sehr ausgesprochen, die Magendarmerscheinungen und nervösen Störungen dagegen sind oft recht milde. Die Mortalität nimmt in neuerer Zeit bedeutend ab.

Wachenheim (New York).

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

Carl Lofft. *Drei Fälle von Mikromelie bei Kindern infolge Chondrodystrophia foetalis.* (Med. Rev., 1914, S. 789.)

3 Kinder, 1 Knabe und 1 Mädchen, waren zur Zeit der Beobachtung $7^1/_2$ Monate, $3^1/_2$ Jahre und 17 Monate alt; der letzte Fall wurde bis zur Vollendung des 7. Jahres beobachtet. Alle Kinder zeigten dysproportionierten Zwergwuchs und die sonstigen charakteristischen Symptome der Chondrodystrophia; 2 der Fälle gehören der hypoplastischen Form zu, einer stand auf der Mitte zwischen hyper- und hypoplastischer Form. Schilddrüsenbehandlung ohne deutlichen Erfolg; Photographien und Röntgenbilder sind beigefügt.

Autoreferat.

C. Herrman. *Blue sclerotics associated with brittle bones.* (Blaue Skleren und Knochenbrüchigkeit.) (Americ. Journ. Dis. Child., März 1915.)

Verf. beschreibt einen Fall dieses seltenen Syndroms.

Wachenheim (New York).

Haut.

Sarah v. Ujj. *Über interessante Fälle der Dermatitis exfoliativa neonatorum (familiäres Auftreten).* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 25—30.)

In 13 Jahren kamen unter etwa 200.000 poliklinischen Kranken 39 Fälle von Dermatitis exfoliativa zur Beobachtung. In den letzten Jahren fand sich die Gelegenheit, das Krankheitsbild an 3 Geschwistern zu beobachten, die der Erkrankung in kurzer Zeit erlagen, während zwei vorausgegangene Geschwister davon verschont geblieben waren. In einem dieser Fälle wurde das vollausgebildete Leiden schon 24 Stunden nach der Geburt, im anderen sogar schon nach 5 Stunden festgestellt. In diesen Fällen muß die Erkrankung also wohl schon intrauterin begonnen haben. H. Vogt.

Haldin Davis. *Psoriasis in infancy.* (Brit. Journ. of childr. dis., Januar 1914.)

Psoriasis kommt unter 6 Jahren nicht oft vor; im Säuglingsalter ist sie extrem selten; in solchen Fällen ist fast immer ein Fall von Psoriasis bei einem Erwachsenen in der Familie vorhanden. Verf. schildert einen selbst beobachteten Fall im Alter von 5 Wochen. Lues wurde durch Blutuntersuchung ausgeschlossen; aber eine seborrhoische Dermatitis kommt nach Verf. differentialdiagnostisch in Betracht und wurde auch bei Vorstellung des Falles in der dermatologischen Sektion der Royal Society of Medicine von zwei Autoritäten angenommen. Eckhardt.

George Pernet. *A case of purpura of unknown origin with rapidly fatal termination.* (Ein Fall von Purpura unbekannten Ursprungs mit plötzlichem exitus.) (Brit. Journ. of childr. dis., Februar 1914.)

Ein Kind von 9 Jahren wurde am 23. Juli mit Purpura an den Beinen eingeliefert. 3 Wochen vorher hatte es schmerzhafte Schwellung der Fuß- und Kniegelenke gehabt. Keinerlei sonstige Blutungen. Die Purpuraflecke gingen zunächst zurück. Am 25. Juli trat Erbrechen auf, das vorher gute Allgemeinbefinden wurde schlechter; am Abend desselben Tages Fieber. Am 26. neue Purpuraeruption, Erbrechen besteht fort. Am 27. wieder Besserung; nachts 12 Uhr hohes Fieber, unregelmäßiger Puls, Bewußtlosigkeit, nach 3 Stunden exitus. Keine Obduktion. Eckhardt.

E. Mayerhofer. *Zur Klinik der sogenannten Sklerodermie der Neugeborenen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 348 bis 356.)

Verf. hatte Gelegenheit, 2 Fälle sogenannter Sklerodermie der Neugeborenen zu beobachten, eines Krankheitsbildes, das mit der Sklerodermie der Erwachsenen offenbar nur geringe Berührungspunkte hat. Es handelt sich dabei um herdförmige Veränderungen der Haut in Gestalt von Konsistenzvermehrung, bläulich-roter Verfärbung und Schmerzhaftigkeit. In beiden Fällen war der Rücken, in einem daneben noch die Gesäßgegend und die Rückseite der Oberschenkel ergriffen, abgesehen von kleineren zerstreuten Herden. Die befallenen Hautpartien heilten ab, ohne daß es zu Atrophie kam. Von der Erkrankung wurden überwiegend gesunde Brustkinder und vorzugsweise Mädchen betroffen. H. Vogt.

G. D. Lyman. *The dietetics of eczema.* (Diätetik des Ekzems.) (Arch. of Pediatr., März 1915.)

Die Annahme einer Fett- und Kohlehydratdyspepsie ist bei der Behandlung des Säuglingsekzems von großem Vorteil.

Wachenheim (New York).

Zahnung.

Joseph Christ. *Zur Morphogenese der Zapfenzähne.* (Ergeb. d. ges. Zahnheilkunde, Bd. IV, S. 134 bis 138.)

Bei angeborenem Mangel der Schweißdrüsen finden sich stets gleichzeitig Hypotrichosis und Anomalien der Zahnbildung. Bei zwei vom Verf. beobachteten derartigen Fällen standen im Unterkiefer nebeneinander ein Frontzahn, dem die rechte Kante, einer, dem nur die linke, und dazwischen einer, dem beide Seitenkanten fehlten. Der mittlere Zapfenzahn ist also dadurch entstanden, daß gleichzeitig die rechte und die linke Ecke der Schneidekante fehlen. Diese wie andere Beobachtungen aus der Pathologie und aus der Entwicklungsgeschichte sprechen dafür, daß der Aufbau einer Schneidezahnkrone aus mehreren Bestandteilen erfolgt, die eine gewisse Selbständigkeit erkennen lassen. Bei der Bildung der Zapfenzähne handelt es sich vermutlich um Abbauprozesse, welche die noch nicht verkalkten Seitenkomponenten treffen. H. Vogt.

Auge.

Albert Tassius. *Über Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, ihre Prophylaxe und Therapie.* (Der Frauenarzt, Monatsh. f. Gyn. u. Geburtsh., Bd. XXIX, H. 3.)

Unter 13753 Geburten waren 168 Kinder mit Blennorrhöe, darunter 58, bei denen Gonokokken aufgefunden wurden. Die nicht-

gonorrhoischen Augeneiterungen verliefen milder, wenn es sich um Früherkrankungen handelte, während die Spätfälle sich als hartnäckiger erwiesen. Es ist nicht richtig, wenn man bei den gonorrhoischen Blennorhöen alle Späterkrankungen als unabhängig von der Geburt hinstellt. Es können sehr wohl Gonokokkon sich beispielsweise in den Meibomschen Drüsen ansiedeln und erst später auf die Konjunktiva gelangen. Dafür spricht z. B. ein Fall von gonorrhoischer Blennorrhöe, der am 7. Lebenstage auftrat bei einem Kinde, das wegen Lues der Mutter sofort nach der Geburt von dieser getrennt worden war. Sowohl bei nichtgonorrhoischen wie bei gonorrhoischen Blennorrhöen überwiegen die Spätfälle. Für die Behandlung bewährte sich am besten das nach den Angaben Hellendalls hergestellte Argentum nitricum, während mit Sophol nicht so günstige Resultate erzielt wurden. H. Vogt.

Williams. *Causes and treatment of chronic conjunctival affections in childhood.* (Ursachen und Behandlung der chronischen Bindehautkrankheiten im Kindesalter.) (Arch. of Pediatr., Dezember 1914.)

Das vermeintliche Grassieren des Trachoms unter der eingewanderten Bevölkerung New Yorks ist ein Irrtum; es handelt sich zumeist nur um unschwer heilbare Katarrhe.

Wachenheim (New York).

Engelhard. *Über ophthalmoplegische Migräne.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1915, Bd. I, S. 1033.)

In der Niederländischen Gesellschaft für Augenheilkunde demonstrierte Engelhard ein Mädchen von 4 Jahren mit ophthalmoplegischer Migräne.

Die Geburt war normal. Am sechsten Lebenstage trat rechtsseitige Ptosis auf, welche nach etwa 14 Tagen wieder verschwunden war.

Während der ersten 2 Lebensjahre trat diese Ptosis, immer rechtsseitig, anfallsweise auf, mit Zwischenzeiten von einigen Monaten. Der Anfall dauerte gewöhnlich nur eine Woche, nach welcher die Ptosis wieder vollständig verschwunden war.

Im anfallsfreien Stadium, also in der Zeit, wo die Ptosis fehlte, war rechts die Pupille erweitert (durch Parese des M. sphincter Iridis); zu gleicher Zeit fand sich an derselben Seite Paralyse der M. M. rectus superior, obliquus inferior und rectus inferior und Parese des M. rectus internus.

Im übrigen war das Kind geistig und körperlich vollständig gesund. Wassermann und Pirquet negativ. Keine hereditäre Belastung für Epilepsie.

Engelhard ist der Meinung, daß die Erkrankung nicht im Kern des Okulomotorius, sondern daß sie infranukleär lokalisiert war.

Graanboom.

Mund, Nase, Ohr, Kehlkopf.

A. Onodi. *Die Nasennebenhöhlenerkrankungen in den ersten Lebensjahren.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXI, S. 159 bis 163.)

Verf. berichtet über das Ergebnis von Untersuchungen zur Entwicklung der verschiedenen Nebenhöhlen in den ersten Lebensjahren. Aus der Literatur konnte Verf. 53 Fälle von Nebenhöhlenerkrankung in den ersten 10 Lebensjahren zusammenstellen, von denen 23 Fälle auf scharlachkranke Kinder entfielen. 8 Fälle betrafen Neugeborene mit Kieferhöhlenerkrankung, 2 Fälle Säuglinge im Alter von 26 Tagen und ein Fall von Siebbeinzellenerkrankung einen 18 Tage alten Säugling. Von den 53 Fällen von Nebenhöhlenerkrankung gingen 37 in Heilung aus, 7 Fälle starben, über den Verlauf der anderen fehlen Angaben. In einer Anzahl von Fällen, auch bei Säuglingen, wurde mit Erfolg die Radikaloperation ausgeführt.

H. Vogt.

H. Heiman and **M. J. Ballin.** *Unusual case of sinus thrombosis.* (Ungewöhnlicher Fall von Sinusthrombose.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 20. März 1915.)

Merkwürdig war das Ausbleiben aller charakteristischen Symptome, namentlich der akuten Erscheinungen; anamnestisch lag eine milde Otitis 3 Wochen vor der Aufnahme vor. Diagnose aus den allgemeinen septischen Erscheinungen und einer Blutkultur, neben früheren Erfahrungen in dunklen Fällen, vermutungsweise gestellt.

Wachenheim (New York).

Chirurgie.

Sitzen. *Über die Appendizttis in Niederländ.-Ostindien.* (Nederl. Tijdschr., v. Geneesk., 1914, Bd. II, S. 962.)

Während die Appendizitis in Niederländisch-Ostindien bei den dortigen Europäern relativ häufig vorkommt, tritt die Erkrankung bei den Inländern nur selten auf. So wurden z. B. auf der Poliklinik für innere Krankheiten während des letzten Dezenniums nur 6 Fälle bei 6098 Inländern, bei den Europäern aber 3 Fälle auf 798 Kranke beobachtet, ein Verhältnis also von 1 zu 4.

In der klinischen Abteilung wurden im Jahre 1909 bei 7325 kranken Inländern nur 4 Fälle von Appendizitis diagnostiziert, also auch hier eine sehr geringe Zahl.

In Übereinstimmung hiermit war die Zahl der aus den Sektionsprotokollen der verstorbenen Inländer sich ergebenden Appendizitisfälle sehr gering. Es konnte nämlich bei 55 Inländern nur 3mal eine Obliteration der Appendix konstatiert werden, während aus ähnlichen Untersuchungen, angestellt durch Ribbert, Zuckerkandl, Sud-

suki und Sprengel hervorgeht, daß bei 200 bis 250 pro tausend verstorbenen Europäern die Appendix obliteriert ist.

Also auch post mortem findet sich eine kranke Appendix bei den Europäern 4mal so häufig als bei den Inländern.

Nach kritischer Analyse der verschiedenen ätiologischen Momente der Appendizitis konkludiert Sitzen, daß die verminderte Frequenz der Appendizitis bei den Inländern der eigentümlichen Ernährungsart zugeschrieben werden soll, welche bei dem Inländer hauptsächlich vegetabilischer Natur, bei dem Europäer hingegen stark animalischer Natur ist.

Es wird von Sitzen nochmals darauf hingewiesen, daß bei der Sektion öfter bedeutende krankhafte Veränderungen an der Appendix gefunden wurden, ohne daß bei Lebzeiten klinische Symptome auf Appendizitis hingewiesen hätten. Graanboom.

Arthur Evans. *Case of suppression of urine in a boy after operation for acute appendicitis, cured by double nephrotomy.* (Brit. Journ. of childr. dis., April 1914.)

Bei einem Knaben von 11 Jahren stellte sich am 4. Tage nach Blinddarmoperation nahezu vollständige Urinverhaltung ein; nur wenige Kubikzentimeter stark bluthaltigen Urins wurden entleert. Da demnach schwere Allgemeinerscheinungen bestanden und das Herz sehr schlecht wurde, machte Verf. tags darauf beiderseits Nephrotomie. Schon am nächsten Tage begann reichliche Urinsekretion aus den Wunden. Vollständige Heilung. — Es fanden sich weder Steine noch eine Neubildung noch sonstige chronische Veränderungen; es handelte sich also um einen ganz akuten, im Anschlusse an die Operation aufgetretenen Zustand. Eckhardt.

John Fraser. *The treatement of umbilical hernia in children by the subcutaneons elastic ligature.* (Lancet, 27. Sept. 1913.)

Zur Behandlung der Nabelhernie mit subkutaner elastischer Ligatur eignen sich nur Fälle mit nicht zu großer Bruchöffnung (für die Spitze des kleinen Fingers gerade nicht mehr durchgängig). Die Operation soll nicht früher als im Alter von 6 Monaten vorgenommen werden, besser noch erst mit einem Jahre. Beschreibung der Technik. Nach 6 Tagen kann die Ligatur bereits entfernt werden. Verf. operierte 21 Kinder mit vollem Erfolg. Eckhardt.

A. Machard. *L'ostéosynthèse de Lambotte dans le traitement des déviations rachitiques.* (Die Knochenvereinigung nach Lambotte bei der Behandlung der rachitischen Verkrümmungen.) (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Nr. 31.)

Ausgehend von der Schwierigkeit, nach vorgenommener Osteotomie eine genaue Anpassung zwischen den getrennten Teilen zu erreichen und die Korrektur ohne Gefahr bis zur Konsolidierung zu erhalten, kommt Verf. dazu, den Apparat nach Lambotte zu empfehlen. Es handelt sich um eine Fixationsvorrichtung, die durch je 2 in den proximalen und distalen Knochenteil geschraubte Stifte

die durch offene Osteotomie erlangte Korrektur sichert. Der Apparat, der vom Verf. entsprechend dem Alter seiner Patienten (4 bis 7 Jahre) modifiziert und durch Ausführung in Aluminium auf das Gewicht von 100 g reduziert wurde, wird eingehend beschrieben, ebenso seine Anwendung auf Grund zahlreicher eigener Erfahrungen. Die Kinder können schon am 2. Tage nach dem Eingriff die Glieder bewegen, nach 18 bis 26 Tagen wird die Fixationsvorrichtung entfernt.

Das Verfahren bietet große Vorteile, indem die durch Osteotomie erhaltene genaue Korrektur viel sicherer erhalten wird als durch Extensions- oder sonstige fixierende Verbände. Es bleibt im Kallus kein Fremdkröper zurück. Die Konsolidation erfolgt sehr rasch mit nur ganz geringer Kallusbildung. Das funktionelle Resultat ist infolgedessen günstig.

Als Nachteil besteht die Gefahr der Reizung durch die eingeschraubten Stifte und der Infektion. Verf. erwähnt eine Osteomyelitis bei einem $3^1/_2$jährigen Mädchen an, entstanden durch Infektion von einem Stift aus, die zur Eiterung und Drainage führte, aber rasch ohne Beeinträchtigung des guten Resultates ausheilte.

Wegen dieser Gefahren soll die Methode für diejenigen Fälle reserviert bleiben, welche starke Deviationen aufweisen und bei denen die bisher gebräuchlichen Fixationsverfahren unsichere Resultate gaben. E. Burckhardt.

Carl Bayer. *Zur Abkürzung der Heilungsdauer nach ausgedehnten Nekrotomien* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXX, S. 569—578.)

Zur Abkürzung der Heilungsdauer nach umfangreichen Knochenabtragungen empfiehlt Verf. die Verwendung von Hautperiostlappen zur Deckung des bloßliegenden entsprechend vorbereiteten Knochens. Die Wirksamkeit dieses Vorgehens wird durch Krankengeschichten und Röntgenaufnahmen belegt. Die Einzelheiten der Technik müssen im Original eingesehen werden. H. Vogt.

Emerson. *Operations for clefts of the hard and soft palate.* (Operationen für Spalte des harten und weichen Gaumens.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 23. Januar 1915.)

Verf. befürwortet frühe Operation.

Wachenheim (New York).

Vakzination.

H. Noguchi. *The propagation of pure vaccine virus.* (Die Fortpflanzung reiner Pockenvakzine.) (Med. Record, 1. Mai 1915.)

Es ist dem Verf. gelungen, in den Hoden von Kaninchen und Kälbern bakterienfreie und vollvirulente Vakzine zu züchten.

Wachenheim (New York).

William Hanna. *On some aspects of smallpox in infants and children.* (Brit. Journ. of childr. dis., Januar 1914.)

Während in Deutschland die große Mehrzahl der Ärzte wohl kaum jemals einen Pockenfall zu sehen bekommt, scheinen die echten Pocken in England nach den Darstellungen des Verfs. noch recht verbreitet zu sein. In einem kleinen historischen Überblicke zeigt Verf., daß die Pocken in der Ära vor der Impfung in England im wesentlichen eine Krankheit des Kindesalters waren (bis zu 10 Jahren), und daß fast alle Todesfälle Kinder betrafen. Nach Einführung der Impfung drehte sich innerhalb von 5 Jahren (1868 bis 1872 werden angeführt) das Verhältnis um; 1872 standen in England 5658 Todesfällen unter 5 Jahren 13336 Todesfälle über 5 Jahre gegenüber. (Die anfangs eingeführte Zwangsimpfung ist in England später wieder aufgehoben worden. S. Heubner, Lehrbuch, 1911.) Nach ausführlicher Erörterung der Symptomatologie und Differentialdiagnose kommt Verf. auf Pockenerkrankungen bei geimpften Kindern und auf die Erfolge der Impfung in der Inkubationszeit der Pocken zu sprechen. Bei Kindern, die im 1. Lebensjahre geimpft wurden, kommen noch im Alter von 15 Jahren schwere Pockenfälle überhaupt nicht vor; 80% der Fälle zwischen 10 und 15 Jahren verlaufen sehr milde. Der konkurrierenden Vakzination gelingt es, in den ersten 3 Tagen der Inkubationszeit fast stets „das Pockengift vollkommen zu neutralisieren"; bis zum 8. Tage einschließlich kann der Erfolg noch darin bestehen, daß der Fall nicht tödlich verläuft; darüber hinaus ist ein Einfluß nicht mehr vorhanden. (Die Inkubationszeit beträgt 9 Tage.) Eckhardt.

A. L. Bossart. *Über eine Ekzem-Haus-Endemie nach Vakzination.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Nr. 45.)

Im Anschluß an die Impfung von 25 Krippenkindern traten 21 Fälle von Ekzemen auf, davon waren 3 Fälle schon vor der Impfung erkrankt. Der Ausschlag zeigte sich nur an für die Finger leicht zugänglichen Körperstellen ohne Kleiderbedeckung (Gesicht, behaarter Kopf, Nacken); er war bei 16 Kindern pustulös, bei 5 Kindern nässend. In mehreren Fällen stimmte das Aussehen dieser Pusteln mit den Impfstellen auffallend überein; einmal heilte das Ekzem mit deutlicher Narbenbildung ab. Verf. nimmt an, daß die Erkrankung sekundär durch Autoinfektion, d. h. durch Übertragung von Impfstoff von der Impfstelle auf andere Körperteile durch die Finger beim Kratzen entstanden ist. Daß es sich um generalisierte Vakzine, d. h. um Verbreitung auf dem Blutweg handle, lehnt Verf. ab und begründet diese Auffassung durch die Lokalisation des Ausschlages.

Verf. zieht als Krippenarzt folgende Lehren aus der Endemie: Kinder mit Ekzem und Skrofulose sollen nicht geimpft werden. Wegen der Gefahr der gegenseitigen Berührungen ist das Alter von $^1/_4$ bis 1 Jahr das günstigste; für ältere Kinder ist ein Schutzverband nötig. Bei Ausbruch von Ekzemen muß die Absonderung der Ekzemkranken von den Impflingen innerhalb der Krippe gefordert werden.

Zu dem Vortrag äußert sich E. Feer in Nr. 49 des Korrespondenzblattes für Schweizer Ärzte; er sieht als Ursache dieser Endemie von ekzemähnlichen Erkrankungen die Impetigo contagiosa an. Die Beschreibungen Bossarts lassen keinen Zweifel übrig, daß es sich um Impetigo contagiosa und Ekzema impetiginosum handelt. In der betreffenden Krippe kamen schon vor der Vakzination Fälle von Impetigo vor; durch sekundäre Infektion der Impfstellen und durch den Juckreiz der Geimpften, der zum Kratzen und zur Verbreitung des Impetigostoffes führte, kam es zu der beschriebenen Epidemie. E. Burckhardt.

Hygiene und soziale Medizin.

Maria Ostler. *Geburtenrückgang und Arbeiterschaft.* (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. V, S. 272.)

Den Geburtenrückgang können nur aufhalten soziale und wirtschaftliche Verbesserungen und mehr Schutz von Mutter und Kind.

Bloch (Regensburg).

A. Groth. *Beschränkung der Geburtenzahl. Rassenselbstmord oder vernunftgemäße Rassenpolitik.* (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. V, H. 11.)

Tritt für die Ansicht von Bornträger, der den Geburtenrückgang im Interesse des Wohles der Gesamtheit bekämpft, ein, im Gegensatz zu Julian Marcuse, der eine Geburtenbeschränkung befürwortet.

Bloch (Regensburg).

Theodor Jahn. *Der Geburtenrückgang in Pommern von 1876—1910.* (Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverwaltung, Bd. IV, H. 1.)

In Pommern ist in allen drei Regierungsbezirken die Geburtenzahl stark zurückgegangen trotz Zunahme der Eheschließungen. In einer Reihe von Kreisen war die Abnahme der Geburten größer auf dem Land als in den Städten, wofür auch die Zahl der Eheschließungen keine Aufklärung gab. Über die Ursache des Geburtenrückganges und über die zweckmäßigsten Mittel zur Abhilfe läßt sich noch kein begründetes Urteil abgeben, da es dazu an ausreichenden statistischen Unterlagen fehlt. H. Vogt.

Otto Erhard. *Jugendfürsorge für die Kleinsten.* (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. V, H. 1.)

Vortrag auf dem Elternabend des Evangelischen Arbeitervereines Kempten am 28. November 1913. Empfiehlt die Gründung einer Krippe in Kempten, welche nur tagsüber Kinder aufnimmt und die Mißstände mancher anderer Krippen vermeiden soll.

Bloch (Regensburg).

Grassl. *Milchdrüse und Mutter.* (Vortrag, gehalten auf der Versammlung des Kreisverbandes Schwaben für Säuglingsfürsorge in Nördlingen 1914.) (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. V, S. 257.)

Aller Kampf gegen den Geburtenrückgang muß damit beginnen, die Frau wiederum zur Benutzung der Brustdrüse zu bringen. Weist nach, daß das Nichtdarreichen der Brustdrüsen, das Nichtstillen für Mutter und Kind ein Krankheit erzeugender Faktor ist.

Bloch (Regensburg).

Georg Patzowsky. *Über Hebammenprämien als Mittel der Stillpropaganda.* (Beih. d. Monatsschr. d. „Österr. Sanitätswesen", 1914, Nr. 21.)

Verf. berichtet über die Einführung von Stillprämien für Hebammen im böhmischen Bezirk Hohenelbe. Die Beobachtungszeit ist noch zu kurz, um über den Erfolg ein Urteil abzugeben, wenn auch die Säuglingssterblichkeit seit Einführung der Prämien etwas zurückgegangen ist. Verf. betrachtet die Stillprämien der Hebammen als „eine wohlverdiente Entlohnung für ihre mit besonderer Mühewaltung verbundene Pflichterfüllung". H. Vogt.

Rott. *Umfang, Bedeutung und Ergebnisse der Unterstützungen an stillende Mütter.* (Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverwaltung, Bd. III, H. 14.)

Der Umfang der Unterstützungen an stillende Mütter wurde ermittelt durch eine Umfrage bei allen Gemeinden Deutschlands mit über 5000 Einwohnern. Einrichtungen zur Unterstützung stillender Mütter bestehen gegenwärtig in 296 Gemeinden Deutschlands. Davon zahlen 161 Gemeinden Stillprämien in Geld aus, 92 ausschließlich solche. Ein erheblicher Einfluß der Prämien auf die Stillhäufigkeit und die Stilldauer ist bisher nicht nachzuweisen, die Bedeutung der Stillprämien liegt vielmehr darin, daß sie einen wirksamen Anreiz zum Besuch der Beratungsstunden bilden. H. Vogt.

Kurt Blaum. *Die Bekämpfung der Mißstände im Kostkinderwesen.* (Vortrag, gehalten vor dem „Bezirksverband München für Säuglingsfürsorge" und dem „Institut für soziale Arbeit", München am 13. Mai 1914.) (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. VI, H. 10.)

Stellt die Bekämpfung der Mißstände im Kostkinderwesen in Straßburg als mustergültig dar. Verf. gibt zu, daß eine durchgreifende Regelung des Kostkinderwesens nur durch ein Zusammenwirken aller in Betracht kommender Stellen, des Staates, der Gemeinde und der privaten Fürsorge, erfolgen kann. Bloch (Regensburg).

Klumker. *Kriegsunterstützung und uneheliche Kinder.* (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. VI, S. 65.)

Durch die Eingabe des Archivs deutscher Berufsvormünder ist eine Änderung des Gesetzes vom 28. Februar 1888 dahingehend erzielt worden, daß auch die unehelichen Kinder eines Einberufenen Anspruch auf Kriegsunterstützung haben, sofern seine Verpflichtung als Vater zur Beistellung des Unterhaltes festgestellt ist. Bloch (Regensburg).

Williams. *The limitations and possibilities of prenatal care.* (Die Grenzen und Möglichkeiten pränataler Fürsorge.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 9. Januar 1915.)

Verff. berichtet über ein 10.000 Fälle umfassendes Material mit 705 Todesfällen bei der Geburt oder innerhalb 14 Tagen. Die hauptsächlichen Todesursachen waren Syphilis 26%, Schwere der Geburt 18%, Frühgeburt 7%, Toxämie 6%; bei 18% war die Ursache unbestimmbar. Fast die Hälfte des Materials betraf die farbige Rasse (zu Baltimore); bei dieser war die Mortalität fast doppelt so groß wie bei den Weißen, Syphilis war etwa 3mal so häufig.

Man sieht, daß Fortschritte in der Behandlung der Syphilis und in der Technik der Geburtshilfe fast die Hälfte der Sterblichkeit verhüten würden. Wachenheim (New York).

K. Grimm. *Beobachtungen und Erfahrungen in der Säuglingsfürsorgestelle der Großstadt.* (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. V, S. 129.)

Weist an der Hand seines Zahlenmaterials nach, daß die Flaschenkinder, welche die Nahrung aus der Milchküche der Fürsorgeanstalt erhielten, eine geringere Mortalität aufweisen als die Flaschenkinder ohne Nahrungsbezug aus der Milchküche. Die Fürsorgestelle soll sich daher mit Abgabe von Säuglingsmilch und Pflegeartikeln und mit der Möglichkeit, ein schwer krankes Kind jederzeit einem Hospital zuweisen zu können, ergänzen. Stillende Mütter sind mit Geldprämien zu unterstützen. Bloch (Regensburg).

Pürckhauer. *Die Säuglingsfürsorge in kleinen Städten.* (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. V, S. 166.)

Soweit nicht gestillt werden kann, ist die Lieferung einer zuverlässigen Kindermilch eines der wichtigsten Mittel zur Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit. Das Schwergewicht der Fürsorgetätigkeit muß in das Aufsuchen der Säuglinge in den Wohnungen verlegt werden. Bericht über die Ausgestaltung der Fürsorge in Dinkelsbühl.

Bloch (Regensburg).

Seitz. *Organisation der Säuglingsfürsorge auf dem Lande.* (Vortrag, gehalten auf der Delegiertenversammlung d. bayr. Frauenvereins vom Roten Kreuz am 21. April 1914.) (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. V, H. 10.)

Auf dem flachen Lande ist die Säuglingssterblichkeit größer als in den Städten, die vor allem notwendige Aufklärungsarbeit muß geleistet werden von ärztlich geleiteten Mutterberatungsstellen, ferner von Wanderfürsorgerinnen, deren Arbeit durch ortsansässige Fürsorgerinnen zu ergänzen ist. Zur Wochenhilfe gewährt die neue Reichsversicherung gewisse Vorteile, sonst kommen Stillbeiträge in Frage. Bedeutung der Zwiemilchernährung. Bloch (Regensburg).

H. Eckert. *Über Säuglingsfürsorge in Unteroffizierfamilien.* (Veröffentl. a. d. Geb. d. Militärsanitätswesens, H. 61, 1914.)

Verf. erörtert die Frage der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit besonderer Fürsorgemaßregeln für die Säuglinge in Unteroffizier-

familien. Die Sterblichkeit unter den in Frage kommenden Säuglingen ist fast durchweg gering, so daß einschneidende Maßnahmen nicht erforderlich sind. Empfehlenswert erscheint dem Verf. die Belehrung der Mütter und auch der Väter durch die Sanitätsoffiziere bei Gelegenheit der Entbindung und im Unterricht der Kapitulanten und des Sanitätspersonals, durch Vorträge, Merkblätter usw. Daneben käme für solche Standorte, die über fachlich ausgebildete Sanitätsoffiziere verfügen, die Einrichtung von Beratungsstellen in Betracht. H. Vogt.

Reinach. *Ausbau der offenen Säuglingsfürsorge in München.* (Referat, gehalten im Bezirksverband für Säuglingsfürsorge, München am 23. März 1914.) (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. V, S. 227.)

Zum Ausbau des Münchener offenen Säuglingsschutzes ist in erster Linie eine ausgedehntere und intensive Fürsorge für die Kinder in den ersten Lebenswochen und schon vor der Geburt nötig.

Bloch (Regensburg).

Konrad Weitpert. *Die Münchener Säuglingsfürsorgeeinrichtungen.* (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. V, H. 12.)

In Betracht kommen der Bezirksverband München der Zentrale für Säuglingsfürsorge in Bayern, die städtische Berufsvormundschaft, die Königliche Universitätsfrauenklinik, 2 Mütterheime, 3 Säuglingsheime, 3 Säuglingsspitäler, 2 Stiftungen, 1 Frauenverein zur Unterstützung armer verehelichter Wöchnerinnen, 22 Säuglingsberatungsstellen, 8 Milchküchen, 14 Krippen. Bloch (Regensburg).

Hecker. *Mittel und Wege der Kinderfürsorge.* (Vortrag, gehalten im Institut für soziale Arbeit, am 13. Oktober 1914.) (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. VI, S. 33.)

Verf. gibt eine Übersicht über die hauptsächlichsten Einrichtungen der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge und beschreibt dann die besonderen Maßnahmen, die der Krieg in München veranlaßt hat. Es verdient erwähnt zu werden, daß die Kriegsfürsorgetätigkeit von der Stadt München ohne Rücksicht auf die Heimat des Kindes und ohne armenrechtliche Nachteile gehandhabt wird.

Bloch (Regensburg).

Oskar Heilmaier. *Geburtenhäufigkeit, Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge in Würzburg.* (Vortrag auf der Mitgliederversammlung der Zentrale in Würzburg am 13. Juni 1914.) (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. VI, H. 1.)

Auf Grund seiner statistischen Ergebnisse und eigener Überlegung spricht Verf. seine Überzeugung dahin aus, daß, wie die Kenntnisse über Tuberkulose, über Säuglingskrankheiten und ihre Verhütung auch die rassenhygienischen Lehren unter das Volk gebracht werden müssen.

Bloch (Regensburg).

Gustav Mohr. *Kann die Säuglingssterblichkeit noch weiter gemindert werden?* (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. V, S. 203.)

Zur weiteren Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit gehören gute, moderne, ununterbrochen unter ärztlicher Aufsicht stehende Krippenanstalten. Bloch (Regensburg).

Lyder Nicolayser. *Sommersterblichkeit der Säuglinge in Kristiania.* (Norsk Mag. f. Laegevidensk., 1914, Bd. LXXV, S. 1.)

Statistische Untersuchungen aus Kristiania zeigen, daß die Sterblichkeit an Diarrhöe unter den Säuglingen während der Jahre 1902 bis 1911 bedeutend zurückgegangen ist. Speziell gilt dies für die Sommersterblichkeit der Säuglinge. Die jährliche Sterblichkeit in den letzten 20 Jahren scheint ganz genau von der Außentemperatur abhängig zu sein. Genauere Untersuchungen dieser Verhältnisse hat Verf. für das Jahr 1911 angestellt. Das Jahr zeigte den wärmsten Sommer der Periode. Durch viele Wochen war die Temperatur durchschnittlich 30° C. Es zeigte sich, daß die Sterbefälle an Diarrhöe erst 1 bis 2 Tage nach den wärmsten Tagen sich häuften.

Für 3 Jahre sind die Sommersterblichkeit und die Wohnungsverhältnisse untersucht worden. Die Untersuchungen stützen nicht die Ansicht, daß eine Überhitzung die wichtigste Ursache der Sommersterblichkeit der Säuglinge ist. Sie scheinen mehr für eine epidemisch-infektiöse Ausbreitung zu sprechen.

Verf. hebt auch in dieser Beziehung die Rolle der Fliegen hervor und meint, daß die Besserung der hygienischen Verhältnisse in bezug auf die Abfallbeseitigung in den Häusern die Sommersterblichkeit während der letzten Jahre verändert habe. Karl Looft (Bergen).

F. M. Holsclaw and **A. E. Rude.** *Morbidity and mortality of the associated charities feeding clinic, San Francisco.*) (Ergebnisse mit Ambulanzsäuglingen zu San Franzisko.) (Arch. of Pediatr., März 1915.)

Die recht niedrige Mortalität (3 bis 6%) im ersten Lebensjahr bei künstlicher Ernährung ist gewiß befriedigend, aber das Moment des abnorm kühlen Sommerklimas (15° C) von San Franzisko ist von den Verff. kaum entsprechend gewürdigt; Mortalität an Darminfektion fehlte fast ganz. Wachenheim (New York).

William A. Brend. *The mortality of children from burning.* (Lancet, 8. Nov. 1913.)

Verf. teilt eine Statistik der Todesfälle durch Verbrennung im Kindesalter in England und Wales mit, die von 1906 bis 1911 reicht. Bis zu 3 Jahren sind Knaben mehr gefährdet als Mädchen; dann steigt die Zahl der Todesfälle bei Mädchen rapid an und ist mit 10 Jahren nahezu 4mal so hoch wie bei Knaben. Die Erklärung liegt im wesentlichen in der Art der Bekleidung; bis zu 3 Jahren sind die Knaben sehr häufig ebenso gekleidet wie die Mädchen, und die Mädchenkleidung ist wesentlich feuergefährlicher. Außerdem ist die Mädchenkleidung im Proletariat sehr umfangreich; sie besteht aus einer ganzen Reihe von Schichten, und der zwischen diesen befindliche Luftraum begünstigt

die Verbrennung. Verf. befürwortet daher die bereits im Gange befindlichen Bestrebungen zur Vereinfachung der Mädchenkleidung im Proletariat. Eckhardt

Gerhard Hahn. *Das Kind und die Geschlechtskrankheiten.* (Flugschr. d. deutsch. Gesellsch. z. Bekämpfung d. Geschlechtskrankh., H. 18; Verlag von J. A. Barth, 16 S.)

Dem Zwecke dieser Flugschriften, weitere Kreise des Volkes aufzuklären über die Gefahren, die dem einzelnen und in diesem besondern Falle dem Kinde aus den Geschlechtskrankheiten erwachsen können, wird das vorliegende Heft in geschickter Weise gerecht. H. Vogt.

Salzer. *Die wichtigsten Augenerkrankungen im Säuglingsalter.* (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. VI, S. 75.)

Verf. erwähnt vor allem die Augenentzündung der Neugeborenen, ihre Verhütung und Behandlung. Bloch (Regensburg).

Grossmann. *Sollen wir mäßig trinken oder alkoholfrei leben?* (Blätter f. Säuglingsfürs., Bd. VI, S. 86.)

Verf. tritt für vollkommene Alkoholabstinenz ein.

Bloch (Regensburg).

Fürsorge für ortsfremde oder nicht seßhafte Jugendliche. Konferenzbericht. (Veröffentl. d. Vereins f. Säuglingsfürs. im Regierungsbezirke Düsseldorf, H. 11.) Verlag von C. Heymann, Berlin.

Das Heft enthält 3 Vorträge von W. Polligkeit, J. F. Landsberg und M. Baum sowie einen Bericht über die anschließende Diskussion. Gemeinsame Leitsätze der Referenten betonen die in den Vorträgen nähergeschilderte besondere Fürsorgebedürftigkeit der wandernden Kinder und Jugendlichen und bringen Vorschläge zur Abhilfe. H. Vogt.

Berichte.

Niederländischer Verein für Pädiatrie.

(Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1915, Bd. I, S. 401.)

1. Gorter berichtet über: Hypercholesterinämie bei akuter experimenteller Infektion. Die Versuche wurden bei Kaninchen angestellt; die Bestimmung des Cholesteringehaltes des Blutes geschah nach der kolorimetrischen Methode von Grigaut. Aus den Versuchen geht folgendes hervor:

Während der Cholesteringehalt des Blutes beim gesunden Tiere ziemlich konstant ist, wird er stark erhöht durch Einspritzung einer Kultur von Paratyphus-β-Bazillen; diese Steigerung war am höchsten in den tödlich verlaufenden Fällen kurz vor dem Tode. In den 2 Fällen, wo Heilung eintrat, verminderte sich der Gehalt allmählich bis zur Norm.

Auch nach Unterbindung des Ductus choledochus stieg der Cholesteringehalt des Blutes sehr bedeutend. Es ist also sehr wahrscheinlich, daß ein Teil des Cholesterins den Körper die Gallenwege entlang verläßt.

2. Haverschmidt berichtet über Spasmophilie bei jungen Kindern. Haverschmidt betont die Schwierigkeiten für die differentielle Diagnostik zwischen den wahren spasmophilen und den neuropathischen Krämpfen. Für die Unterscheidung kommen die sogenannten latenten spasmophilen Erscheinungen in Betracht. Von diesen nun zeigten sich, bei seinem Krankenmateriale, die Phänomene von Chvostek und von Trousseau als weniger wertvoll; das Erbsche Phänomen (die erhöhte Reizbarkeit für den galvanischen Strom) hingegen fehlte bei den spasmophilen Kindern niemals, so daß Haverschmidt dieses Symptom für die differentielle Diagnostik am wertvollsten erachtet.

In vielen Fällen war Spasmophilie begleitet von Neuropathie. Bei den sehr zahlreichen von Haverschmidt beobachteten spasmophilen Kindern konnte nur sehr vereinzelt eine nachbleibende Epilepsie konstatiert werden.

3. de Bruin berichtet über: a) Ein Fall von Idiotia amaurotica progressiva familiaris infantilis, kompliziert mit Hydrocephalus chronicus, Gigantismus und Adipositas universalis.

Mädchen von 15 Monaten, stammt von jüdischen Eltern, ohne Alkoholismus oder Lues. Das Kind, welches spontan, aber asphyktisch geboren wurde, entwickelte sich in den ersten 6 Monaten auf ganz normale Weise. Seitdem aber ging es allmählich körperlich sowie geistig zurück, so daß es im Alter von 15 Monaten bereits blind und stumpfsinnig war, den Körper und den Kopf nicht aufrecht erhalten, weder sitzen noch stehen konnte und keine spontanen Bewegungen ausführte.

Bei der Untersuchung mit dem Augenspiegel wurden beiderseitig atrophische Papillen und der sonstige, für die Tay-Sachs sche Krankheit charakteristische Befund der Macula lutea konstatiert.

Bei der Röntgenuntersuchung des Schädels wurde Abflachung und Usur der Basis der Sella turcica gefunden. Vermutlich sind die Adipositas universalis und der Gigantismus Folgen von Druck des hydrozephalisehen dritten Ventrikels auf die Gegend der Hypophysis cerebri.

Diese Kombination von Hydrozephalus mit familiärer amaurotischer Idiotie ist sehr seltsam.

b) Ein Fall von Chorea mollis s. paralytica. Mädchen von 8 Jahren, seit 4 Wochen schlaffe Lähmung des rechten Armes. Muskulatur nicht atrophisch; keine Störung der Sensibilität; die Verhältnisse bei elektrischer Untersuchung der Nerven und Muskeln sind normal. An beiden Armen, am intensivsten am rechten Arme, sind choreatische Bewegungen. Nach 14tägiger Bettruhe tritt vollständige Heilung ein. Das Kind hatte vor 2 Jahren eine derartige kurzdauernde Periode von Chorea durchgemacht.

4. Frank berichtet über einen Fall von multiplen Myelosarkomen.

Bei einem Mädchen traten im Alter von 6 Monaten mehrere unbewegliche Geschwülste auf, lokalisiert auf den Schädel, von schlaff elastischer und im Gesichte von fester Konsistenz; Blutungen in den Augenlidern und in der Sklera. Leber stark vergrößert; Milz normal. Harn normal, keine vergrößerten Lymphdrüsen. Blut: Hämoglobin 50%; rote Blutkörperchen 4 Millionen, weiße Blutkörperchen anfänglich 6800, später 32.000; Polychromatophilie mit basophiler Körnung; starke Anisocytose; auf je 300 weiße Blutkörperchen findet man 18 kernhaltige rote. Perioden von Temperaturerhöhung wechseln mit fieberfreien. Tot im zehnten Monate. Bei der Obduktion findet sich folgendes:

Mehrere Geschwülste am Kopfe, im vorderen und hinteren Mediastinum, in der Umgebung der Nebennieren und in der Leber. In diesen Geschwülsten wurden neben nichtdifferenzierten Zellen einkernige Zellen gefunden, welche mit May-Grünwald-Färbung eine eosinophile Körnung zeigten.

Der Fall zeigt also viel Ähnlichkeit mit dem von Roman beschriebenen myeloplastischen Sarkom, ebenso wie mit dem Chlorom.
Graanboom.

Besprechungen.

Heinrich Lehndorff. *Kurzes Lehrbuch der Kinderkrankheiten.* (Als 2. Aufl. von Nil Filatows gleichnamigem Werke gänzlich neu bearbeitet.) (Verlag von Josef Šafář, Wien und Leipzig, 1914.)

Wie Verf. im Vorwort hervorhebt, ist seine Umarbeitung des Filatowschen Buches so weitgehend, daß davon nichts mehr übrig geblieben ist als die Tendenz. In dieser, also in dem Bestreben, ein kurzes und billiges Lehrbuch der Kinderheilkunde zu schaffen, erblickt Verf. die Rechtfertigung für das Erscheinen seines Buches. Über die Bedürfnisfrage nach einem derartigen Buche kann wohl nur der Erfolg entscheiden. Vor den bereits vorhandenen Büchern ähnlichen Umfanges scheint es mir keine wesentlichen Vorzüge aufzuweisen. H. Vogt.

Ludwig Jehle. *Die Albuminurie. Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der orthostatisch-lordotischen und der nephritischen Albuminurie.* (Verlag von J. Springer, Berlin, 109 S.; Preis: ungeb. M. 4.—.)

Auf Grund fortgesetzter Beobachtungen hält Jehle daran fest, daß eine abnorme Lordose der Wirbelsäule entscheidende Bedeutung für die Entstehung der orthostatischen Albuminurie hat. Die abweichenden Ansichten, die von anderer Seite geäußert wurden, führt er auf Fehler in der Beobachtung zurück. Zur Prüfung auf orthostatische Albuminurie soll das betreffende Kind schon am Vorabend nach mehrstündiger Bettruhe Urin entleeren, damit der Morgenharn nicht mehr unter dem Einfluß des vorhergehenden Tages steht. Bei aufrechter Haltung mit Aufstellen des einen Beines auf einen Stuhl bleibt die Albuminurie aus, während Stehen in strammer Haltung oder aufrechtes Knien sie sogleich herbeiführt. Die Ansicht Pollitzers von der Bedeutung der Erkrankung des lymphatischen Rachenringes für die Entstehung der orthostatischen Albuminurie hat er nicht bestätigt gefunden. Die Funktionsstörung der Nieren bei der lordotischen Albuminurie möchte Jehle auf venöse Stauung zurückführen. Verf. berichtet über Versuche mit Zufuhr von Wasser und von Kochsalz bei lordotischen Individuen und bei gesunden mit künstlich herbeigeführter Lordose, ferner bei Nephritikern. Diese Prüfungsmethoden ergaben keinen durchgreifenden Unterschied im Verhalten der geprüften Gruppen. Sowohl beim Lordotiker wie beim Gesunden und beim Nephritiker wird die Wasserausscheidung begünstigt durch Hochlagerung der Beine. Dieses Verfahren hat bei mehreren Fällen von Nephritis die Wirkung gehabt; daß die Diurese stark zunahm, die Eiweißausscheidung zurückging, welche Wirkungen Verf. so auffaßt, daß die Hochlagerung günstige Bedingungen für die Resorption von Ödemen schafft. Weil die Nierenkapsel elastische Fasern enthält und nach ihrer Spaltung eine durch Venenverschluß herbeigeführte Stauung in der Niere sich unvollkom-

mener zurückbildet, schreibt Verf. der Kapsel eine Bedeutung für die Entstehung und den Ablauf von Stauungsvorgängen in der Niere und damit für die Entstehung der lordotischen Albuminurie zu. Erwähnt sei noch, daß Verf. beobachtet hat, daß Kinder mit lordotischer Albuminurie im Verhältnis zur Körperlänge eine abnorm lange Wirbelsäule haben. Über die Prognose der lordotischen Albuminurie spricht er sich sehr vorsichtig aus. Fälle, die nur zeitweilig bei aufrechter Haltung Eiweiß ausscheiden, sind als günstiger zu betrachten als solche mit dauernder Albuminurie. Zwei Fälle der letzteren Art wiesen zuletzt doch Hypertrophie des Herzens und Albuminurie auch bei Bettruhe auf. Die Behandlung besteht in Übung der langen Rückenmuskeln und der Bauchmuskeln, ferner im Tragen eines Mieders, das einen Zug auf die Unterbauchgegend ausübt. H. Vogt

K. Weitpert. *Die Münchener Säuglingsfürsorgeeinrichtungen.* Verlag von E. Reinhardt, München.

Die Zusammenstellung aller in München zum Zwecke der Säuglingsfürsorge getroffenen Einrichtungen ist zunächst für die dort tätigen Waisenpflegerinnen und Pflegerinnen der städtischen Berufsvormundschaft bestimmt, mag aber auch in anderen Kreisen interessieren als ein Beispiel dafür, was unsere großen Städte auf diesem Gebiete leisten. H. Vogt.

Handbuch der Psychiatrie. Herausgegeben von G. Aschaffenburg. (Verlag von Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1915.)

Zu den zahlreichen Disziplinen, die in letzter Zeit eine groß angelegte zusammenfassende Darstellung ihres Forschungsgebietes in Form von Handbüchern erfahren haben, gesellt sich mit dem vorliegenden Handbuch auch die Psychiatrie. Das für Kinderärzte wichtige Kapitel der Idiotie und Imbezillität ist von Weygandt bearbeitet, dem wir schon wertvolle Einzelarbeiten über den Gegenstand verdanken. Die Epilepsie behandelt H. Vogt, der sich durch seine Monographie über die Epilepsie im Kindesalter verdient gemacht hat. Auf beiden Gebieten ist in den letzten Jahren so viel Kleinarbeit geleistet worden, daß eine zusammenfassende Bearbeitung entschieden einem Bedürfnis entspricht. Diesem Bedürfnis wird das Handbuch in ausgezeichneter Weise gerecht. H. Vogt.

Fischer-Dückelmann. *Der Geburtenrückgang. Ursachen und Bekämpfung vom Standpunkte des Weibes.* (Stuttgart 1914, 89 S.)

E. Roesle. *Der Geburtenrückgang. Seine Literatur und die Methodik seiner Ausmaßbestimmung.* (Leipzig 1914, 76 S.)

Burchard von Schrenck. *Zur Frage des Geburtenrückganges und der sinkenden Sterblichkeit.* (Sonderabdruck aus den Beiträgen zur Statistik der Stadt Riga und ihrer Verwaltung.) (Riga 1914, Bd. II.)

A. Grotjahn. *Geburtenrückgang und Geburtenregelung im Lichte der individuellen und der sozialen Hygiene.* (Berlin 1914, 367 S.)

Jede „aktuelle" Frage setzt neben berufenen auch eine Anzahl unberufener Federn in Bewegung. Einer unberufenen verdankt das Buch

von Fischer-Dückelmann seine Entstehung, das als Produkt des Augenblicks keinen Anspruch auf bleibenden Wert erheben kann. Roesle unterzieht die Literatur über den Geburtenrückgang einer strengen Kritik vom Standpunkte des statistischen Fachmannes und zeigt, daß die meisten Schlüsse auf unzulänglichem Beweismaterial aufgebaut sind, auf solchem, das von vornherein methodisch unzulänglich war oder aber unrichtig zitiert ist. Er vertritt selbst den Standpunkt, daß die Abnahme der Geburtenzahl eine Folge der verminderten Sterblichkeit sei. „Wir dürfen damit vollauf zufrieden sein, daß die Tendenz der Geburtenabnahme zurzeit und wohl noch auf lange hinaus nicht größer ist als die der Sterblichkeitsabnahme." Ob diese zuversichtliche Annahme berechtigt ist, mag hier unerörtert bleiben; jedenfalls wird jeder, der künftig sich mit dem Gebiet beschäftigt, mit Roesle sich auseinandersetzen müssen. Schrenck zeigt, daß an dem Geburtenrückgang in seiner Vaterstadt Riga in erster Reihe der evangelische Teil der Bevölkerung beteiligt ist, bei dem ohne besonders erhöhte Sterblichkeit die Sterbefälle bereits überwiegen über die Geburtenzahl, während im Gegensatz dazu die griechisch-orthodoxe und die römisch-katholische Bevölkerung fortdauernd hohe Geburtenüberschüsse aufweisen. Für Schrenck ist die Abnahme der Geburtenhäufigkeit eine Folge des „Nationalisierungsprozesses", Besserung daher nur von einer veränderten Lebensauffassung zu erwarten. — Da die einmal in alle Bevölkerungsschichten eingedrungene „Rationalisierung des Geschlechtslebens" nach seiner Überzeugung nie mehr rückgängig zu machen ist, so handelt es sich für A. Grotjahn jetzt darum, dem Wissen auf diesem Gebiet ein national und sozial beratenes Gewissen zur Seite zu stellen. Die Forderungen, die er aufstellte, mögen hier mit seinen Worten wiedergegeben werden. 1. Jedes Elternpaar hat die Pflicht, eine Mindestzahl von drei Kindern über das fünfte Lebensjahr hinaus hochzubringen. 2. Diese Mindestzahl ist auch dann anzustreben, wenn die Beschaffenheit der Eltern eine Minderwertigkeit der Nachkommen erwarten lassen dürfte, doch ist in diesem Fall die Mindestzahl auf keinen Fall zu überschreiten. 3. Jedes Elternpaar, das sich durch besondere Rüstigkeit auszeichnet, hat das Recht, die Mindestzahl um das Doppelte zu überschreiten und für jedes überschreitende Kind eine materielle Gegenleistung in Empfang zu nehmen, die von allen Ledigen oder Ehepaaren, die aus irgend welchen Gründen hinter der Mindestzahl zurückbleiben, beizusteuern ist. In der Überzeugung, daß den Familien mit großer Kinderzahl die Last der Aufzucht erleichtert werden muß, wie sie im 3. Leitsatz des Verfs. zum Ausdruck kommt, stimmen alle Autoren überein, wie auch darin, daß die bisherigen Ansätze zu Leistungen in dieser Hinsicht völlig unzureichend sind. Hier liegen noch dringliche Aufgaben für die soziale gesetzgeberische Tätigkeit vor. H. Vogt.

Inhalt.

Physiologie und allgemeine Pathologie. **Hotz.** *Dynamische Pulsuntersuchungen 275.* — **Smith** und **Lewald.** *Röntgenuntersuchung des Magens 275.* — **Hauser-Exner.** *Zwillinge 276.* — **Allgemeine Diagnostik.** **Grulee** und **Moody.** *Goldchloridreaktion der Zerebrospinalflüssigkeit 276.* — **Snapper.** *Nachweis von Blut in den Fäzes 276.* — **Behandlung und Pflege.** **Zingher.** *Bluttransfusion 277.* — **Mc Clanahan.** *Pflege debiler Säuglinge 277.* — **Mosher.** *Bauchpflege 277.* — **Pharmakologie und Toxikologie.** **Klotz.** *Medikamentöse Therapie 277.* — **Langer.** *Bienenstich und Bienengift 278.* — **Moxon.** *Atropin 278.* — **Meyes.** *Mesothorium bei Taubheit 278.* — **Hill.** *Flüssiges Paraffin 279.* — **Amstrad.** *Ausscheidung des Jods 279.* — **Erdt.** *Vergiftungstod durch Chineonal 279.* — **Bakteriologie.** **Flexner, Noguchi** und **Amoss.** *Poliomyelitiskeim 280.* — **Pearce.** *Gonokokken 280.* — **Mayer.** *Y-Dysenteriebazillen 280.* — **Knox** und **Ford.** *Bac. aërogenes capsulatus 280.* — **Serologie und Immunitätslehre.** **Reisz** und **Barabás.** *Diphtherieserum 281.* — **Bessau.** *Serumantianaphylaxie 281.* — **Entwicklung und Sprache.** **Freeman.** *Gewicht und Länge 281.* — **Beekman.** *Frühreife 282.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.** **Cameron.** *Stillunfähigkeit 282.* — **Churchill.** *Ammenernährung im Hospital 282.* — **Dennett.** *Gekochte Milch 282.* — **Baron.** *Eiweißmilch 282.* — **Stärcke** und **Polenaar.** *Buttermilch 283.* — **Rost.** *Kasein-Kalziummilch 283.* — **Nothmann.** *Bananenmehl 283.* — **Determann.** *Vegetarische und fleischarme Ernährung 283.* — **Pritchard.** *Nahrungsbedarf 284.* — **Ginsburg, Tumpowsky** und **Carlson.** *Hunger 284.* — **Czerny.** *Zirkulationsstörungen bei akuten Ernährungsstörungen 284.* — **Day** und **Gerstley.** *Sommerdiarrhöe 285.* — **Milchwissenschaft und Molkereipraxis.** **Shippen.** *Bacl. coli in pasteurisierter Milch 285.* — **Seiffert.** *Lobecksches Verfahren 285.* — **Clark.** *Reaktion der modifizierten Milch 285.* — **Smith** und **Brown.** *Durch Milch übertragene Tonsillitis 285.* — **Reinhardt.** *Musteranstalt Rieden 286.* — **Wachstum und Stoffwechsel.** **Bass.** *Blutzucker 286.* — **Murlin** und **Hoobler.** *Energieumsatz 286.* — **Murlin.** *Apparat zu Respirationsstoffwechselversuchen 286.* — **Peiser.** *Stoffwechsel bei Ammenmilch und Eiweißmilch 286.* — **Courtney** und **Fales.** *Ausscheidung von Magnesiumsulfat 287.* — **Holt, Courtney** und **Fales.** *Diarrhoische Stühle 287.* — **Freeman.** *Harnanalyse 287.* — **Fötus und Embryo.** **Chiari.** *Fötale Erythroblastose 287.* — **Neugeborene.** **Péteri.** *Transitorisches Fieber 288.* — **Holt** und **Babbitt.** *Mortalität in Anstalten 288.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.** — **Rachmilewitsch.** *Ehrlichsche Reaktion 288.* — **Wilbrich** *288.* — **Reiche. Ustvedt. Rohn** *289.* — **Kleinschmidt-Knöspel. Bundesen** *290.* — **Kolmer** und **Moshage. Kassowitz.** *Diphtherie 291.* — **Dykes.** *Scharlach und Diphtherie 291.* — **Axenow.** *Scharlach 292.* — **Herrman. Bessau, Schwenke** und **Pringsheim. Herman** *292.* — **Winter.** *Masern 293.* — **Miller** und

Davidson. Storrie. *Varizellen 293.* — **Tièche.** *Variola und Varizellen 294.* — **Roth. Jubb** *291.* — **Batten. Cyriax** *295.* — **Flexner** und **Amoss.** *Poliomyelitis 296.* — **Feiling. Gordon.** *Mumps 297.* — **Müller. Winholt. Czerny.** *Keuchhusten 297.* — **Aldershoff.** *Typhusimpfung 298.* — **Reingruber.** *Tetanus 298.* — **Tuberkulose. Rogers. Colliver. Fraser. Fishberg. Palmer.** *Tuberkulinreaktion 299.* — **Bessau.** *Tuberkulinüberempfindlichkeit 299.* — **Ghon** und **Roman.** *Pathologische Anatomie 301.* — **Dethlof.** *Kinder aus tuberkulösen und nichttuberkulösen Familien 301.* — **Grulee** und **Harms.** *Tuberkulose bei Neugeborenen 302.* — **Hess.** *Tuberkulose im Säuglingsalter 302.* — **Gade.** *Initialformen 302.* — **Wollstein** und **Bartlett.** *Klinische Erscheinungen 303.* — **Feer.** *Hauttuberkulide 303.* — **Herzog.** *Durchbruch einer tuberkulösen Drüse 304.* — **Allan.** *Meningitis 305.* — **Broekmann.** *Pseudomeningitis 305.* — **Richards.** *Zervikaladenitis 305.* — **Tubby.** *Chirurgische Tuberkulose 305.* — **Syphilis. Wolff** und **Zeemann. Schippers.** *Noguchis Kutireaktion 306.* — **Gordon.** *Syphilis und kongenitale geistige Defekte 307.* — **Stevens.** *Mongolismus und Syphilis 307.* — **Kuth.** *Knochenlues 307.* — **Respirationsorgane. Fleischner.** *Kruppöse Pneumonie 307.* — **Suñer.** *Bronchopneumonischer Pseudokrupp 307.* — **Sauer.** *Parapneumonisches Empyem 308.* — **Blut und blutbildende Organe. Kleinschmidt.** *Aplastische hämolytische Anämie 308.* — **Lawatschek.** *Aleukämie 308.* — **Meyers.** *Lymphatische Leukämie 309.* — **Yates, Bunting** und **Kristjanson.** *Bantische Krankheit 309.* — **Lymphatischer Apparat. Indemans.** *Angeborene Vergrößerung der Speicheldrüsen 309.* — **Warner.** *Adenoidenoperation 310.* — **Innere Sekretion. Rolleston** und **Boyd.** *Addisonsche Krankheit 310.* — **Le Boutillier.** *Thymushypertrophie 310.* — **Pappenheimer** *310.* — **Morgulis** und **Gins.** *Thymusexstirpation 311.* — **Verdauungstraktus. Lichtenberg** *311.* — **Fröhlich. Lewis** und **Grulee. Scudder.** *Pylorusstenose 312.* — **Sachs.** *Analstenose 313.* — **Porter** und **Weeks.** *Megakolon und Mikrokolon 313.* — **Tobias.** *Rezidivierende Nabelkoliken 313.* — **Stheeman.** *Magen- und Darmachylie 313.* — **Greil.** *Amöbenkolitis 314.* — **Leber und Gallenwege. Dickson.** *Leberatrophie 314.* — **Milz. Reuben.** *Splenomegalie 315.* — **Urogenitalsystem. Wood.** *Pyelitis 315.* — **Thomson.** *Koliinfektion 315.* — **Lowenburg.** *Chlornatrium bei Nephritis 315.* — **Schulte** und **Woltring.** *Rote Blutkörperchen im Harn 316.* — **Fischl** und **Popper.** *Lordotische Albuminurie 316.* — **Bewegungsapparat. Westmeyer.** *Chronischer Gelenkrheumatismus 317.* — **Erkrankungen des Zentralnervensystems. Langmead. Swift.** *Chorea 317.* — **Hamburger.** *Schlafstörung 318.* — **Myers.** *Zungenkauen 318.* — **Williams.** *Pavor nocturnus 318.* — **Priestley.** *Nervöse Störungen bei Schulkindern 318.* — **Spiller.** *Spastische zerebrale Diplegie 319.* — **Du Bois** und **Neal.** *Meningitis 319.* — **Lederer.** *Raynaudsche Krankheit 319.* — **Lofft.** *Myxödem 319.* — **Dandy** und **Blackfan.** *Hydrocephalus internus 320.* — **J. v. Bókay.** *Chronischer Hydrocephalus internus 320.* — **Stoffwechselkrankheiten. Heiberg. Wynhausen.** *Diabetes mellitus 321.* —

Metcalf. *Azidose 322.* — **Hess** und **Fish.** *Barlowsche Krankheit 322.* — **Knowles.** *Pellagra 322.* — **Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen. Lofft.** *Mikromelie 322.* — **Herrman.** *Knochenbrüchigkeit 323.* — **Haut. v. Ujj.** *Dermatitis exfoliativa 323.* — **Davis.** *Psoriasis 323.* — **Pernet.** *Purpura 323.* — **Mayerhofer.** *Sklerodermie 324.* — **Lyman.** *Ekzem 324.* — **Zahnung. Christ.** *Zapfenzähne 324.* — **Auge. Tassius.** *Ophthalmoblennorrhoea neonatorum 324.* — **Williams.** *Konjunktivitis 325.* — **Engelhard.** *Ophthalmoplegische Migräne 325.* — **Mund, Nase, Ohr, Kehlkopf. Onodi.** *Nasennebenhöhlenerkrankungen 326.* — **Heiman** und **Balin.** *Sinusthrombose 326.* — **Chirurgie. Sitzen** *326.* — **Evans.** *Appendizitis 327.* — **Fraser.** *Nabelhernie 327.* — **Machard.** *Osteosynthese nach Lambotte 327.* — **Bayer.** *Nekrotomie 328.* — **Emerson.** *Gaumenspalte 328.* — **Vakzination. Noguchi.** *Pockenvakzine 328.* — **Hanna.** *Einfluß auf Pocken 329.* — **Bossart.** *Ekzemendemie 329.* — **Hygiene und soziale Medizin. Ostler. Groth. Jahn.** *Geburtenrückgang 330.* — **Erhard.** *Kleinkinderfürsorge 330.* — **Grassl. Patzowsky.** *Stillpropaganda 331.* — **Rott.** *Stillunterstützung 331.* — **Blaum.** *Kostkinder 331.* — **Klumker.** *Kriegsunterstützung und uneheliche Kinder 331.* — **Williams.** *Pränatale Fürsorge 332.* — **Grimm.** *Säuglingsfürsorge in der Großstadt 332.* — **Pürckhauer.** *Säuglingsfürsorge in kleinen Städten 332.* — **Seitz.** *Säuglingsfürsorge auf dem Lande 332.* — **Eckert.** *Säuglingsfürsorge in Unteroffizierfamilien 332.* — **Reinach. Weltpert. Hecker.** *Säuglingsfürsorge in München 333.* — **Heilmaier.** *Säuglingsfürsorge in Würzburg 333.* — **Mohr.** *Säuglingssterblichkeit 334.* — **Nicolayser.** *Säuglingssterblichkeit in Christiania 334.* — **Holselaw** und **Rude.** *Morbidität und Mortalität in San Franzisko 334.* — **Brend.** *Mortalität durch Verbrennung 334.* — **Hahn.** *Kind und Geschlechtskrankheiten 335.* — **Salzer.** *Augenerkrankungen im Säuglingsalter 335.* — **Großmann.** *Alkoholismus 335.* — *Fürsorge für ortsfremde Jugendliche 335.* — **Berichte. Niederländischer Verein für Pädiatrie.** *335.* — **Besprechungen. Lehndorff.** *Lehrbuch der Kinderkrankheiten 337.* — **Jehle.** *Die Albuminurie 337.* — **Weltpert.** *Die Münchener Säuglingsfürsorgeeinrichtungen 338.* — *Handbuch der Psychiatrie 338.* — **Fischer. Dückelmann. Roesle. Burchard v. Schrenck. Grotjahn.** *Geburtenrückgang 338.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE
Herausgegeben von
Czerny Berlin | Göppert Göttingen | Knöpfelmacher Wien | Moro Heidelberg | Thiemich Leipzig | Tobler Breslau | Berend Budapest
Comba Florenz | Johannessen Kristiania | Koplik New-York | Marfan Paris | Schkarin St. Petersburg | Thomson Edinburg | Wieland Basel
Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.
Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 20.—.
Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 30.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XIV. Referate. Nr. 5.

Sammelreferat über die dermatologische Literatur des Jahres 1914.

Von **Dr. Karl Leiner.**

Infektionskrankheiten.

Skarlatina.

Jakobovics (16) befaßt sich in seiner Arbeit mit dem Vorkommen der Wassermannschen Reaktion bei Scharlach und kommt zu dem Schlusse, daß im Organismus mancher Scharlachkranken gewisse Stoffe vorhanden sind, welche zu einer positiven Wassermannschen Reaktion führen. Dieselbe tritt immer nach dem vollständigen Abklingen der akuten Symptome ein. Der positive Ausfall ist eher in schweren Fällen zu beobachten. Irgendwelche ätiologische Schlüsse können auf Grund der positiven Wassermannschen Reaktion bei Scharlach nicht gezogen werden.

Masern.

Steinschneider (30) hatte Gelegenheit, während einer Masernepidemie ein 9 Tage altes Kind mit Masern zu sehen, wobei die Diagnose durch Anwesenheit der Koplikschen Flecke gestützt wurde.

Röteln.

Sasto Hideo (25) bringt klinische Beiträge zur Kenntnis der Röteln auf Grund der Beobachtungen bei einer größeren Rubeolenepidemie in Port Arthur. Seine Schlüsse lauten:

1. Die Inkubation liegt zwischen 15 und 23 Tagen.

2. Temperatursteigerung über 38° C kommt bei den Röteln sowohl im Prodromal- als auch im Eruptionsstadium nicht selten vor. Doch dauert das Fieber gewöhnlich nur 3 Tage an.

3. Das Exanthem ist charakterisiert durch den papulösen Charakter.

4. Als ein konstantes Symptom ist die Lymphdrüsenschwellung hinzustellen. Auch Milzschwellung ist nicht selten anzutreffen.

5. Diazoreaktion, Indikan und Albuminurie wird vorübergehend bei den Röteln beobachtet.

Eine leichte Herabsetzung des Hämoglobingehaltes des Blutes im Abblassungsstadium, eine Steigerung der Zahl der neutrophilen Zellen und zugleich eine Verminderung der Leukozyten im Höhestadium des Exanthems wird bei den Röteln konstatiert. Eosinophilie kommt häufig, meist in der Abheilungsperiode vor.

Eine fast verschwundene Tuberkulinkutanreaktion kann im Höhestadium des Exanthems wieder deutlich werden.

Spieler (29) bringt in einem Vortrage seine Erfahrungen aus der letzten Wiener Rötelepidemie.

Er unterscheidet 3 Grundtypen des Rötelnexanthems.

1. Das typische rubeoläre Exanthem mit seinen regelmäßigen runden, scharf begrenzten, distinkt stehenden, rosaroten, mehr makulösen Effloreszenzen;

2. das großfleckige masernähnliche und

3. das kleinfleckige scharlachähnliche.

Die Typen können auch kombiniert bei einem und demselben Fall vorkommen. Der Autor wendet sich gegen die Aufstellung der Rubeola scarlatinosa als selbständiges Krankheitsbild im Sinne Filatow-Dukes. Fast in allen Fällen von typischen Röteln kann ein Enanthem, oft mit punktförmigen Hämorrhagien konstatiert, dagegen fehlt stets das Koplik'sche Enanthem. Zum Krankheitsbilde gehören auch die Drüsenschwellungen, die in manchen Fällen schon prodromal vorhanden sein können. Von Komplikationen erwähnt Spieler (29) Enteritis, Gingivitis. Berichte in der Literatur über Nephritis im Gefolge der Röteln dürften wohl auf einer Verwechslung der Erkrankung mit Scharlach beruhen.

Im Gegensatz zu Masern bestehen zwischen Röteln und Tuberkulose keine protektiven Beziehungen.

Erythema infectiosum.

Tobler (33) sah das Erythema infectiosum in Form einer Epidemie in Breslau auftreten, die ihm den Anlaß bot zu einer Reihe von Beobachtungen. Für die Krankheit besteht eine ausgesprochene Altersdisposition; das Säuglingsalter bleibt fast immer verschont, die Frequenz nimmt vom 2. bis 6. Lebensjahre zu und erreicht ihren Höhepunkt zwischen dem 6. und 12. Jahr.

Diphtherie.

Bei zwei Säuglingen konnte v. Bokay (2) eine primäre diphtherische Erkrankung des Alveolarrandes beobachten. Die Eigenheit der Affektion besteht in dem Beginne mit starkem hämorrhagischem Ödem und in den stellenweise zu zystenähnlichen Gebilden anwachsenden Formen des Ödems. Für die eigentümliche Lokalisation will der Autor vielleicht die Reibung des Saugers beim Trinken verantwortlich machen.

Vakzination.

Hegler (14) bringt in seiner Arbeit einen Fall von generalisierter Vakzine zur Kenntnis, eine an Ekzem leidende Frau betreffend, bei der die Übertragung durch ihr frisch geimpftes Kind erfolgt war. Der pustulöse Ausschlag war über den ganzen Körper ausgebreitet und in einer Eruption entstanden. Die einzelnen Efflureszenzen waren meist gedellt und deutlich mehrkammerig. Ein auf die Kaninchenkornea mit dem Inhalt der Pusteln vorgenommener Impfversuch ergab ein positives Resultat. Guarnerische Körperchen ließen sich histologisch nachweisen.

Der Fall endete tödlich, wobei bei der Sektion noch eine beiderseitige fibröse Pleuritis gefunden wurde. Der Autor geht auf die Frage ein, ob hier wirklich eine generalisierte Vakzine oder ein sogenanntes Eczema vaccinatum vorlag. Nach Paul ist die Bezeichnung generalisierte Vakzine einzig und allein bei jenen Ausschlägen berechtigt, die in unmittelbarem Anschluß an eine erfolgreiche Impfung bei Individuen mit vorher ganz gesunder Haut zur Beobachtung kommen, die alle charakteristischen Eigenschaften des echten Vakzinebläschens aufweisen und bei denen die Verimpfbarkeit des Blaseninhaltes durch eine gelungene Überimpfung einwandfrei erwiesen wurde. Für seinen Fall hält es Hegler (14) für unwahrscheinlich, daß die Pusteln lediglich durch Autoinokulation von den erkrankten Stellen aus entstanden seien, er ist vielmehr der Ansicht, daß das Ekzem zwar die Eintrittspforte des Vakzinevirus darstellte, von wo aber eine hämatogene Generalisierung stattgefunden hat.

Göppert (12) befaßt sich in seiner Arbeit wieder einmal mit der Frage der Impfschädigung. Als spezifische Schädigung hebt der Autor besonders das Eczema vaccinatum hervor. Ekzemkranke sind daher nicht zu impfen, selbst geheilte Ekzematiker sind erst ein Jahr nach der Genesung zu impfen. Zu Zeiten von Pockenepidemien kann die Impfung bei solchen Individuen unter ganz besonderen Kautelen vorgenommen werden. (Hier hätte die subkutane Impfmethode Erwähnung finden können. Ref.)

Zu den Schädigungen durch Sekundärinfektionen rechnet der Autor das Erysipel, Drüsenschwellungen mit Vereiterung u. ä. Erwähnenswert ist, daß die Impfung auf manche Krankheiten, z. B. auf die Spasmophilie, einen schlechten Einfluß nehmen und so zum Auftreten von Konvulsionen führen kann. Bezüglich des Zusammenhanges von Impfung und Hautkrankheiten wäre hervorzu-

heben, daß mitunter Ekzem oder Strophulus provoziert werden, meistens bei solchen Kindern, die früher an diesen Hauterkrankungen bereits gelitten haben. Die eiternde Pustel gibt Gelegenheit zum Auftreten von Impetigo contagiosa, Furunkeln, impetiginösem Ekzem usw., doch können diese Zwischenfälle durch Reinlichkeit fast immer vermieden werden.

Erythema nodosum.

Schumacher (27) wendet sich in seiner Arbeit gegen die Auffassung des Erythema nodosum als tuberkulöse Hauterkrankung, eine Ansicht, die hauptsächlich durch Poncet und seine Schule vertreten wird. Schumacher (27) hält das Erythema nodosum für eine typische exanthematische Infektionskrankheit, nicht aber für ein lediglich auf der Haut lokalisiertes Symptom einer konstitutionellen bakteriellen Erkrankung speziell der Tuberkulose. Nach Ansicht des Autors liegt kein zwingender Grund vor, die Tuberkulose als die weitaus häufigste oder, wie manche wollen, gar alleinige Basis des Erythema nodosum anzunehmen. Der pathologisch-histologische und bakteriologische Beweis für diese Annahme steht noch aus.

Tuberkulose.

Bourgeois (4) teilt zwei Fälle von disseminierter hämatogener Tuberculosis verrucosa cutis mit, die auf der Baseler dermatologischen Klinik zur Beobachtung kamen. Bei dem einen Fall, einem 3jährigen Kinde, trat der Ausschlag 5 Wochen nach Masern auf, bei dem zweiten Fall, einem 7jährigen Kinde, war dem Exanthem eine Scharlacherkrankung vorangegangen. Die Hautaffektion hatte einen polymorphen Charakter; sie bestand aus papulonekrotischen Tuberkuliden, Lichen-scrophulosorum-Effloreszenzen, zum großen Teil aber aus typischen Knötchen der Tuberculosis verrucosa, lokalisiert vorwiegend an den Extremitäten. Klinisch stellen sie derbe, ungleich große, erhabene Papeln dar, mit unregelmäßig gestalteter, zerklüfteter Oberfläche, die mit dicken fest haftenden Hornmassen bedeckt ist. Histologisch zeigen die Effloreszenzen die nächste Verwandtschaft zur T. c. v. Der Tierversuch fiel positiv aus. Einen ähnlichen Fall beschreibt Brunsgaard (6). Er betrifft ein 4jähriges Kind, das ein noduläres Tuberkulid, an einer Stelle eine dem Erythema induratum entsprechende Hautveränderung und endlich kleine verruköse papilläre Effloreszenzen aufwies.

Feer (11) gibt uns in seiner Arbeit einen Überblick über die kleinpapulösen Tuberkulide beim Kinde. Sie sind ein untrügliches Zeichen einer aktiven Tuberkulose und besonders häufig in den ersten Lebensjahren anzutreffen. Feer (11) unterscheidet zwei Formen — das kleinpapulöse und zweitens das großpapulöse Tuberkulid. Das erstere ist fast ausschließlich bei Kindern anzutreffen: der jüngste derartige Fall betraf einen 3½ Monate alten Säugling. Die kleinpapulösen Formen treten am häufigsten im Gefolge von fieberhaften tuberkulösen Organerkrankungen auf und enden ge-

wöhnlich als Miliartuberkulose. Differentialdiagnostisch kommt der Lichen syphiliticus, der Strophulus und das Lupusknötchen in Betracht. Lewandowsky (22) bringt in einem Vortrage interessante Beiträge zur Frage der experimentellen Tuberkulide. Lewandowsky (22) hat gleichzeitig normale und tuberkulöse Meerschweinchen vom linken Ventrikel aus mit Tuberkelbazillenaufschwemmungen infiziert. Bei den normalen Tieren war die ersten 10 Tage nach der Infektion nichts zu sehen, dann bildeten sich kleine papulöse, mit Schuppen bedeckte Effloreszenzen, die sich rasch vermehrten; bei den tuberkulösen kann man oft 24 Stunden nach der Infektion eine leichte follikuläre Schwellung und Rötung konstatieren, dann ist 8 bis 14 Tage auf der Haut nichts zu sehen. Nach etwa 14 Tagen aber entstehen einzelne größere papulöse Effloreszenzen, die eine große Ähnlichkeit mit den papulonekrotischen Tuberkuliden annehmen. Besonders interessant sind die histologischen Unterschiede. Bei den normalen Tieren in der Haut nicht sehr scharf begrenzte Infiltrate in allen Schichten der Kutis von unspezifischem Bau aus Leukozyten, Lymphozyten, vermehrten Bindegewebszellen und Epitheloidzellen mit großen Mengen von Tuberkelbazillen. Bei den tuberkulösen Tieren finden sich scharf abgesetzte Knötchen von deutlich tuberkuloidem Bau aus Epitheloid- und Riesenzellen, häufig in der Umgebung von Follikeln, auch um erkrankte Gefäße herumgelagert, teilweise mit Nekrose, teilweise auch mit Erweichung im Zentrum (papulopustulöse Form). Der Tuberkelbazillennachweis gelingt nur schwer. Diese Versuche bieten gewisse Analogien mit den Verhältnissen bei der miliaren Hauttuberkulose und bei den Tuberkuliden in der menschlichen Pathologie. Wo keine Antikörper vorhanden sind, wie bei der Säuglingstuberkulose, entstehen wenig charakteristische Hautläsionen mit viel Bazillen, bei Individuen mit benigner Tuberkulose, wo reichlich Antikörper gebildet werden, antwortet die Haut auf die hämatogene Tuberkulinbazilleninfektion mit der Bildung tuberkuloiden Gewebes, in welchem Bazillen meist nicht mehr nachweisbar sind.

Bähr (1) hebt in seiner Arbeit die Gutartigkeit des Skrophuloderma in prognostischer Beziehung hervor. Die Abheilung erfolgt oft spontan ohne jeden therapeutischen Eingriff. Die Kenntnis dieser Tatsache von der Benignität des Skrophuloderma ist auch deshalb wichtig, weil dadurch etwaige Mitteilungen über therapeutische Heilerfolge (Tuberkulinbehandlung) in das richtige Licht gerückt werden.

Akog Tschilin (34) wendet sich in seiner Arbeit gegen die Annahme, daß die nach Tuberkulinsalbeneinreibungen auftretenden Hautveränderungen dem Lichen scrophulosorum gleichzustellen sind. Während der Lichen scrophulosorum eine stets über größere Körperflächen ausgebreitete Dermatose ist, die sich schubweise weiter ausdehnen kann, bleiben die nach Tuberkulinsalbe auftretenden Hautveränderungen stets auf die Stelle der Einreibung oder ihre nächste Umgebung beschränkt. Auch histologisch ergeben sich Verschiedenheiten, indem die Lichen-scrophulosorum-Knötchen

der Gefäßverzweigung folgen, während die Effloreszenzen an der Inunktionsstelle akut einsetzende, streng an den Haarbalgapparat gebundene, exsudative Vorgänge vorstellen. Faschingbauer (10) befaßt sich mit der Frage der Beziehungen der hämorrhagischen Diathese zur Tuberkulose. Auf Grund seiner klinischen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen hebt er hervor, daß die Purpura eine nicht allzu seltene Begleiterscheinung der Tuberkulose ist und in allen Stadien derselben auftreten kann. Am häufigsten ist die hämorrhagische Diathese bei den akuten oder akut exazerbierenden Tuberkulosen anzutreffen. Die Ursache dürfte in einer Überschwemmung des Organismus mit Toxinen des Bazillus zu suchen sein. Koch und Schiller (19) behandeln in ihrer Arbeit die interessante Frage der Reaktionsfähigkeit tuberkulöser Hautstellen auf Tuberkulin und weisen darauf hin, daß durch Variieren der Mengenverhältnisse des Antigens und Antikörpers Verschiedenheiten in der Intensität der Reaktionen entstehen können.

Gonorrhöe.

Straßberg (31) und auch Hamburger (13) halten von der Vakzinebehandlung der akuten Gonorrhöe der Kinder nicht viel; Straßberg (31) lobt die von Bruck angegebene Kaviblentherapie für die Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Die Kaviblenstäbchen sind bei Körpertemperatur leicht schmelzende, starre, gelatineartige Hülsen, die mit verschiedenprozentigem Uranoblenpulver gefüllt sind. Das Uranoblen ist eine Verbindung von Silber und Uranin. Wolffenstein (35) weist auf die Häufigkeit der Rektalgonorrhöe als Miterkrankung der Vulvovaginitis gonorrhoica hin. Die Behandlung der Rektalgonorrhöe erfolgt in gleicher Weise wie die der affizierten Vagina respektive Urethra.

Mikrobielle Dermatosen.

Reinhardt (23) hatte Gelegenheit, an der Dresdener Frauenklinik eine mehrere Monate andauernde Epidemie von Pemphigus neonatus contagiosus zu beobachten. Neben den leichten Fällen von typischem Aussehen kamen auch schwere Fälle vor, die vom Autor als Dermatitis exfoliativa Ritter aufgefaßt werden. Die bakteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes ergab Staphylococcus aureus, auch Staphylococcus albus und citreus, gelegentlich auch Streptococcus. Bei der Färbung nach Giemsa fanden sich in den Ausstrichen des Blaseninhaltes kleinste azidophile Körperchen, die möglicherweise mit den von Lipschütz beschriebenen Gebilden identisch sein könnten.

Auch Sperk (28) schließt sich auf Grund seiner Beobachtungen jenen Autoren an, die die Dermatitis exfoliativa Ritter in nahe Beziehung zu dem Pemphigus contagiosus bringen. Die Mortalität der Dermatitis Ritter beträgt nach Sperk etwa 70%; bezüglich der Abheilung scheinen Brustkinder günstiger daran zu

sein als künstlich genährte. Nach Sperk soll das für die Ritterschе Dermatitis charakteristische Symptom der Epidermolysis im Zusammenhang stehen mit der gesteigerten Schweißsekretion, die auch die rasche Ausbreitung der Eitererreger auf der Haut begünstigen soll. Der Autor erwähnt auch zwei Fälle, bei denen eine Epidermolyse auf einer durch Schweiß mazerierten Haut bestand, ohne daß eine eiterige Infektion vorlag. Diese Fälle will Sperk als Dermatitis exfoliativa simplex oder Exfoliativa bullosa neonatorum bezeichnet wissen.

Akira Takahashi (32) beschreibt mehrere Arten des Ecthyma gangraenosum. Neben der typischen Form unterscheidet er noch eine hämorrhagisch nekrotische, eine furunkulöse und endlich eine phlegmonöse Form. Bakteriologisch ließ sich kein einheitlicher Befund erheben, es wurden Staphylokokken, Streptokokken, seltener Diplokokken, Diphtheriebazillen gefunden; Bacillus pyocyaneus scheint der Erreger der hämorrhagisch nekrotischen Form zu sein. Das Ecthyma tritt besonders häufig im Verlaufe der Masernerkrankung auf. Schubert (26) empfiehlt für die Behandlung der Säuglingsfurunkulose das Einstechen mittels spitzen Thermokauters in das Zentrum der infiltrierten Stelle, wodurch der Infektionsherd direkt abgetötet wird und dem Gifte keine neue Blut- und Lymphbahnen eröffnet werden.

Mykosen.

Herxheimer und Köster (15) beobachteten bei Kindern mit tiefer Trichophytie ein Exanthem, bestehend aus papulösen, meist follikulären Effloreszenzen von hellroter bis blauroter Farbe, die vornehmlich am Rumpfe lokalisiert waren. Es ist noch die Frage offen, ob es sich hier um eine Infektion mit Pilzen oder um toxidermatische Erscheinungen handelt.

Amikrobielle Dermatosen.

Ekzem.

Lehnert (21) behandelt die Frage der Beziehung des Ekzems zur Neurodermitis. Nach Brocq und Jacquet setzt sich das Bild der Neurodermitis aus drei konzentrischen Zonen, die ineinander übergehen, zusammen. Die äußere Zone ist hellbraun pigmentiert, zeigt enge Felderung und besitzt durch die schwach angedeutete Papillarhypertrophie ein samtartiges Aussehen. Die mittlere Zone besteht aus über stecknadelkopfgroßen Papeln von glänzender Oberfläche, mit feinen Schuppen bedeckt; die dritte zentrale Zone setzt sich aus bläulichroten bis braunroten Lichenplaques zusammen mit deutlicher Verdickung und Infiltration vergröberter Hautfelderung, absoluter Trockenheit und oftmals deutlicher Abschilferung. Mit der Affektion geht stets ein intensiver Juckreiz einher, der das Primäre der Dermatose darstellen soll. Als Prädikationsstellen wären die Nackengegend, Ellbeugen und Kniekehlen, Genital- und Analgegend hervorzuheben. In Übereinstimmung mit Hoffmann ist

der Autor der Ansicht, daß die Neurodermitis auch im Kindesalter vorkommt und ihrer Häufigkeit nach auf etwa drei chronische Ekzeme einmal anzutreffen sei. Die Ursache ist unbekannt. Als gutes Heilmittel hat sich dem Autor das Teerpräparat Karboneol bewährt.

Bossart (3) berichtet über eine Ekzemhausepidemie nach Vakzination. In Wirklichkeit handelt es sich um eine Impetigo contagiosa, die namentlich in früheren Zeiten häufig im Gefolge der Impfpusteln als sogenannte sekundäre Hautinfektion sich entwickelte und zu förmlichen Epidemien führte (Ref.).

Rominger (24) hat die Pellidolsalbe in 2- und 1%iger Zusammensetzung in der Ekzemtherapie versucht und empfiehlt dieses Mittel bei der Behandlung des akuten und chronischen Ekzems. Kroll-Lifschütz (20) teilt seine hämatologischen Befunde bei der exsudativen Diathese mit und legt das Hauptgewicht auf die Eosinophilie, die sich konstant bei Säuglingen und Kindern mit Ekzem, Urtikaria, Asthma, das heißt bei denjenigen klinischen Symptomen findet, welche nach Czerny die wichtigsten Manifestationen der exsudativen Diathese sind. Die Eosinophilie bleibt auch nach dem Abklingen der Hauterscheinungen zurück, so daß der Autor es für wahrscheinlich hält, daß die Eosinophilie im Sinne Rosensterns eine koordinierte Erscheinung der Hautmanifestationen der exsudativen Diathese vorstellt.

Erytheme.

Dollinger (8) teilt einen Fall von Bromoderma tuberosum bei einem 9monatigen Säugling mit; das Bromexanthem trat interessanterweise nach Verabreichung von Bromkalzium auf, dem im allgemeinen eine geringe Neigung zu Intoxikationserscheinungen nachgerühmt wird. Kerl (17) demonstrierte ein Kind mit Erythema chronicum migrans. Im Anschluß an eine Verletzung in der Gegend der Brustwarze kam es zu einer Mastitis und anschließend zu einer Rötung rings um die Mammilla. Die Rötung schritt immer weiter fort, während die zentralen Partien abblaßten. Die Ätiologie ist nicht klargestellt, manchmal tritt diese Erythemform im Anschlusse an ein Trauma auf.

Brinckmann (5) behandelt in seiner Arbeit den Dermographismus im Kindesalter. Er besteht in einer Labilität der Vasomotoren und findet sich nicht nur bei verschiedenen Krankheiten, sondern auch bei Gesunden; aus seinem Vorhandensein kann man nicht auf eine gesteigerte Irritabilität des gesamten Nervensystems schließen. Für die Diagnose der Neuropathie im gewöhnlichen Sinne des Wortes hat die Dermographie keine Bedeutung, auch nicht, wie es scheint, für die Diagnose der exsudativen Diathese.

Oedema congenitum.

Erlanger (9) teilt einen Fall von angeborenem lymphangiektatischen Ödem bei einem 4½ Monate alten Säugling mit, dessen

Ausdehnung von der Geburt an im Rückgang begriffen war. Nach Finkelstein dürfte es sich in diesen Fällen um eine Erweiterung der Lymphspalten schon während des intrauterinen Lebens handeln.

Gangraena cutis.

v. Khautz (18) möchte nach der Lokalisation der Gangrän, die zum Teil wenigstens von der Ätiologie abhängt, klinisch drei Hauptgruppen aufstellen:

1. Die umschriebene Hautgangrän, welche sowohl am Stamme wie an den Extremitäten einzeln oder multipel vorkommen kann.

2. Die Extremitätengangrän, die von den peripherstен Partien des Körpers ihren Ausgang nimmt, wobei gleichzeitig auch Ohren und Nase und andere umschriebene Hautbezirke ergriffen werden können.

3. Der nomatöse Brand.

Zur umschriebenen Hautnekrose kommt es am häufigsten bei Phlegmone und Erysipel. Die Extremitätengangrän kommt am häufigsten während oder im Anschlusse an akute oder chronische Infektionnskrankheiten zum Ausbruche. Pathologisch-anatomisch kommen fünf Ursachen in Betracht:

1. Primäre Arterienthrombose auf marantischer, chronischer oder infektiöser Grundlage.

2. Sekundäre Arterienthrombose infolge Gefäßwandveränderungen traumatischer, entzündlicher oder degenerativer Natur.

3. Embolischer Arterienverschluß.

4. Endarteriitis obliterans.

5. Neurotische Angiosklerose respektive Gefäßkrampf.

Literatur.

1. **K. Bähr.** Das Skrophuloderma des ersten Lebensjahres, ein Beitrag zur Beurteilung therapeutischer Erfolge bei Tuberkulose. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XII, S. 699.

2. **Z. v. Bokay.** Über eine besondere Form der Alveolardiphtherie bei Säuglingen. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. XI, S. 191.

3. **L. Bossart.** Über eine Ekzemhausepidemie nach Vakzination. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1914, Nr. 45, S. 1410.

4. **M. Bourgeois.** Über disseminierte postexanthematische hämatogene Tuberculosis verrucosa cutis. Dermatol. Zeitschr., Bd. XXI, S. 1.

5. **A. Brinckmann.** Der Dermographismus im Kindesalter. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XIII, S. 165.

6. **E. Brunsgaard.** Über die akute disseminierte Hauttuberkulose im Kindesalter. Dermatol. Wochenschr., Bd. LVIII, S. 561.

7. **Comby** und **Condat.** Traitement de la vulvovaginite des petites filles par le vaccin antigonococcique. Arch. de med. des enfants, Bd. XVII, S. 418.

8. **A. Dollinger.** Ein Fall von Bromoderma tuberosum bei einem 9monatigen Säugling im Anschluß an Bromkalziummedikation. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. XI, S. 460.

9. **Berta Erlanger.** Zur Kenntnis des angeborenen lymphangiektatischen Ödems. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. XI, S. 333.

10. **H. Faschingbauer.** Hämorrhagische Diathese bei Tuberkulose. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 23, S. 789.
11. **E. Feer.** Die kleinpapulösen Hauttuberkulide beim Kinde. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, Bd. XLIV, S. 1217.
12. **F. Göppert.** Zur Frage der Impfschädigung. Therap. Monatsh., Bd. XXVIII, S. 674.
13. **R. Hamburger.** Zur Vakzinbehandlung der kindlichen Gonorrhöe. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. I. S. 759.
14. **C. Hegler.** Über generalisierte Vakzine. Dermatol. Wochenschr., Ergänz.-Bd. LVIII, S. 29.
15. **K. Herxheimer** und **H. Köster.** Über sekundäre lichenoide Trichophytie. Dermatol. Zeitschr., Bd. XXI, S. 569.
16. **B. Jakobovics.** Der Einfluß des Scharlachs auf die Wassermannsche Reaktion. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 215.
17. **W. Kerl.** Demonstration. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 4. Juni 1914.
18. **A. v. Khautz.** Spontane Extremitätengangrän im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. XI, S. 35.
19. **H. Koch** und **W. Schiller.** Über die Reaktionsfähigkeit tuberkulöser Hautstellen auf Tuberkulin. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. XI, S. 133.
20. **Kroll-Lifschütz.** Zur Frage der Eosinophilie und exsudativen Diathese. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XII, S. 603.
21. **A. Lehnert.** Über Ekzem und Neurodermitis im Kindesalter. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. II, S. 1757.
22. **F. Lewandowsky.** Experimentelle Tuberkulide. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. I, S. 961.
23. **E. Reinhardt.** Über Pemphigus neonatorum contagiosus. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. LXXVI, S. 14.
24. **E. Rominger.** Erfahrungen mit Pellidolsalbenbehandlung bei Säuglingsekzemen. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 416.
25. **Hideo Sasto.** Klinische Beiträge zur Kenntnis der Röteln. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. X, S. 54.
26. **Marie Schubert.** Zur Behandlung der Furunkulose im Säuglingsalter mittels Thermokauter. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. I, S. 769.
27. **M. Schumacher.** Zur Pathologie des Erythema nodosum. Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. XXI, S. 468.
28. **B. Sperk.** Klinische Beobachtungen über Dermatitis exfoliativa (Ritter). Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. XI, S. 57.
29. **F. Spieler.** Erfahrungen aus der letzten Wiener Rötelnepidemie. Vortrag, gehalten in der Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 19. März 1914.
30. **E. Steinschneider.** Masern bei einem 9 Tage alten Säugling. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. I, S. 411.
31. **M. Straßberg.** Zur Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 25, S. 889.
32. **Akira Takahashi.** Über Ecthyma gangraenosum im Verlauf von Masern. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Bd. CXX, S. 739.
33. **L. Tobler.** Zur Breslauer Epidemie von Erythema infectiosum. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. I, S. 544.
34. **A. Tschilin-Karlan.** Über die Beziehungen der nach Tuberkulinsalbeneinreibungen (Moro) auftretenden Hautveränderungen zum Lichen scrophulosorum. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Bd. CXX, S. 185.
35. **W. Wolffenstein.** Über die Häufigkeit und Prognose der Rektalgonorrhöe der kindlichen Vulvovaginitis. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Bd. CXX, S. 177.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

K. Kling. *Till fragan om Bacillus bifidus' fysiologiska betydelse i tarmkanalen hos spädbarnet.* (Zur Frage der physiologischen Bedeutung des Bacillus bifidus im Darme des Säuglings.) (Hygiea, 1914, Bd. LXXVI, p. 513.)

Kulturen von Bacillus bifidus hatten eine energische bakterizide Wirkung auf einen Teil der gewöhnlichen Darmbakterien, wie Bact. coli, lactis aerogenes, proteus vulgaris und Staphylococcus aureus. Allem Anschein nach wird der Zucker des Nährbodens vom Bacillus bifidus angegriffen, und es sind wahrscheinlich die hierdurch entstandenen sauren Gärungsprodukte, die bakterizid wirken. Dagegen konnten in den Kulturen thermolabile kolloidale Substanzen, die bakterizid wirkten, nicht nachgewiesen werden. Es liegt nahe, anzunehnehmen, daß diese bei den Versuchen in vitro konstatierte Wirkung des Bacillus bifidus auch im Darm ausgeübt wird. Hier wird dann der Milchzucker der Nahrung angegriffen und in saure Produkte umgesetzt, die der Darmfäulnis entgegenwirken und den Stühlen des Brustkindes ihre saure Reaktion verleihen.

Wernstedt (Malmö).

H. Jaffé und **E. Pribram** (Wien). *Experimentelle Untersuchungen über die Spezifizität der Abwehrfermente mit Hilfe der optischen Methode.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 43.)

Verff. haben Kaninchen Plazentagewebe und Karzinomgewebe intraperitoneal injiziert und dann mittels der optischen Methode das Serum auf Abwehrfermente untersucht. Eine zweite Versuchsreihe verfolgte die Aufgabe, den Versuchstieren Peptone verschiedener Provenienz parenteral einzuverleiben und die Spezifizität der im Serum entstandenen Fermente zu prüfen. Als Resultat ihrer Untersuchungen stellen Verff. fest, daß die von Abderhalden behauptete Organspezifizität der Abwehrfermente im Tierversuch eindeutig nachweisbar ist, daß bei Anwendung von zu tief abgebautem Gewebe zum Nachweis proteolytischer Fermente leicht die Spezifizität der Reaktion verloren gehen kann. Ferdinand Sachs.

H. Beumer (Halle). *Zur Bewertung des Thymus- und Lymphdrüsenabbaues bei Abderhaldens Dialysierverfahren.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 39.)

Verf. suchte mit der Abderhaldenschen Methode bei Rachitikern Thymusabbau nachzuweisen und erhielt stets positive Resultate. Andere Drüsen mit innerer Sekretion wurden nie abgebaut. Kontrolluntersuchungen an rachitisfreien Kindern und an Erwachsenen ergaben aber auch positive Reaktion. Eine Erklärung sieht Beumer darin, daß die Thymuslymphozyten direkt aus dem Blute stammen. Ebenso wie bei Organen, die noch Spuren von Blut enthalten, ein unspezifischer Abbau stattfindet, tritt auch beim Thymus stets eine positive, aber unspezifische Reaktion auf. Genau dieselben

Verhältnisse liegen beim Lymphdrüsenabbau vor. Beide Organe können daher nicht zu spezifischen Untersuchungen nach Abderhalden benutzt werden. Ferdinand Sachs.

Behandlung und Pflege.

Krone (Sooden-Werra). *Die Bedeutung der Balneotherapie in der Kinderpraxis.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 20.)

Vortrag, auf dem Balneologenkongreß in Hamburg gehalten.

Verf. weist zuerst auf die häufigen Mißerfolge einer Badekur hin, die dem Umstande zuzuschreiben sind, daß die Patienten unter Umgehung des Badearztes nach den Angaben des Hausarztes sich ihre Kur selbst verordnen. Unter den Krankheiten des Kindesalters, die zu einer Badekur Veranlassung geben, nimmt die Skrofulose bei weitem die erste Stelle ein. In der Praxis des Verfs. entfallen 86% aller Kinder auf diese Erkrankung. Die Erfolge sind gute. Vor allem sollte der prophylaktische Wert mehr gewürdigt werden. Der alte Streit zwischen Sol- und Seebad sollte nach Verfs. Meinung dahin entschieden werden, daß die zarten erotischen Kinder ins Solbad, die kräftigen, torpiden dagegen an die See gehören.

Ferdinand Sachs.

L. Brieger (Berlin). *Hydrotherapie und Infektionskrankheiten.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 22.)

Die temperaturherabsetzende Wirkung hydrotherapeutischer Prozeduren sowie ihr Einfluß auf Zirkulation, Atmung und Nervensystem ist bekannt. Nicht so genau unterrichtet sind wir darüber, ob durch sie auch eine Stärkung der Abwehrkräfte des Organismus gegen die Infektionserreger erzielt wird. Künstliche Temperaturerhöhungen erzeugten beim Tier sowohl wie beim Menschen eine Erhöhung des Gehaltes des Blutes an spezifischen Schutzstoffen. Künstliche Kälteeinwirkungen im Sinne der beim Menschen üblichen Wasserprozeduren setzten beim Tiere die Schutzkörperwirkung herab. Der Mensch verhält sich in dieser Beziehung anders, hier konnte keine Herabsetzung der bakteriziden und hämolytischen Kraft des Serums, dagegen eine Erhöhung des Agglutinationstiters festgestellt werden.

Eine Vermehrung der Leukozyten nach Kaltwasserbehandlung ist schon längere Zeit bekannt. Als symptomatisches Heilmittel fällt der Hydrotherapie die Aufgabe zu, das Fieber, das Herz, das Vasomotorenzentrum, das Nervensystem, die Atmung, die Diurese u. a. m. günstig zu beeinflussen. Die Dosierungsbreite reicht von der milden Teilwaschung bis zum kalten Vollbad. Der kurze Kältereiz wirkt belebend auf das Nervensystem, Herz und Atmung. Die öfter gewechselten Packungen und das laue indifferente Vollbad wirken sowohl temperaturherabsetzend wie nervenberuhigend. Baginsky empfiehlt die kalte „Schwitzpackung" bei akuter Scharlachnephritis.

Oft sind besondere Lokalprozeduren erforderlich, z. B. die kalte Übergießung im warmen Vollbad bei der Bronchopneumonie der Kinder. Hinreichend bekannt ist die gute Wirkung des allmählich abgekühlten Vollbades oder des Halbbades mit Übergießung bei Typhus. Bei der Pneumonie sind Waschungen und Packungen der Kaltwasserbehandlung überlegen. Auch bei chronischen Infektionskrankheiten hat sich die Wasserbehandlung wegen der bequemen Möglichkeit der individuellen Abstufung bewährt.

Ferdinand Sachs.

Bakteriologie.

S. Flexner and **H. L. Amoss.** *The diffusion and survival of the poliomyelitic virus.* (Verteilung und Erhaltung des Poliomyelitisgiftes.) (Journ. Exper. Med., Mai 1915.)

Auf Aszitesflüssigkeitnierenboden bei Bluttemperatur überlebt das Gift 20, aber nicht 30 Tage. Die Diffusion des Giftes ist gering.

Wachenheim (New York).

Entwicklung und Sprache.

K. Weinberg. *Studier över röstorganet hos folkskolebarn.* (Studien über das Stimmorgan der Volksschulkinder.) (Hygiea, 1915, Bd. LXXVII, p. 225.)

Die Untersuchung ist im Auftrage der Behörden des Gemeindeschulwesens zu Stockholm zustande gekommen und umfaßt 800 Kinder im Alter von 7 bis 14 Jahren. Von jeder Altersstufe 100 Kinder, Knaben und Mädchen in gleicher Zahl. Hauptziel der Arbeit waren Umfangsbestimmungen des Stimmorganes und Studien über die Heiserkeit, vor allem die chronische. Die Stimmen waren in ihrer Extensität nach der Höhe zu sehr beengt. Kein einziges Kind, weder Mädchen noch Knabe, hat die dreigestrichene Oktave erreicht. Bedeutender war die Entwicklung nach der Tiefe zu. Die Umfänge wechseln sehr in jedem Alter, besonders in den höheren Jahresklassen. Eine Präponderanz in der Stimmentwicklung zeigt das 10. Jahr. Mit dem 12. Jahre verlor die Knabenstimme mit einemmal ihre Höhe. Das 14. Jahr gab eine zweite Entwicklung der Mädchenstimme. Brust-, Prinzipal- und Kopfregister fanden sich in verschiedenen Kombinationen. Das Flatausche Register, der Pfeifton, wurde gefunden. Die Mutation zeigte sich schon bei den Zwölfjährigen. In den Jahrgängen von 12, 13 und 14 Jahren fanden sich unter den Knaben respektive 18, 22, 25 Fälle. Drei Vierzehnjährige zeigten vollendete Mutation. Verf. konnte zwei verschiedene Formen der Mutation unterscheiden, eine mehr stürmische, mehr sukkulente und

eine zweite trockenere Form. Mit der letzteren übereinstimmend waren die Veränderungen bei den Mädchen der höheren Klassen.

Wernstedt (Malmö).

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Erich Müller und **Ernst Schloß** (Rummelsburg). *Anleitung zur Herstellung der wichtigsten Nahrungsmischungen für den Säugling im Privathause.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 7.)

Wie Verff. besonders betonen, wollen sie dem praktischen Arzte genaue Rezepte an die Hand geben. Für den Pädiater bekannte Dinge. Ferdinand Sachs.

Karl Beck (Frankfurt a. M.). *Kaseinkalziummilch bei Ernährungsstörungen der Säuglinge.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 3.)

Auf akute und subakute Dyspepsien und Enterokolitiden der Säuglinge wirkte die Larosanmilch genau wie die Eiweißmilch überaus günstig und auch bei geeigneten Fällen von Dekomposition führte sie zu Gewichtsanstieg. Ferdinand Sachs.

R. W. Raudnitz (Prag). *Erdnußmilch statt Mandelmilch.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 36, S. 1716.)

Raudnitz empfiehlt, im Hause frisch bereitete Mandelmilch und — als wesentlich billigeren Ersatz — Erdnußmilch für Neugeborene und bei unkomplizierten Durchfällen der Säuglinge mit oder ohne Zusatz von Zucker, Mehlen usw.

Nagel-Hoffmann (Berlin-Treptow).

A. Uffenheimer (München). *Gibt es einen „schädlichen Nahrungsrest" beim Säugling?* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 40.)

Die Anschauungen über die Schädlichkeit der einzelnen Hauptbestandteile der Kuhmilch für den Säugling haben im Laufe der Zeit erhebliche Wandlungen erfahren. Ebenso wie die neuerdings empfohlene Anreicherung mancher Nahrungsgemische mit Fett einen Umschwung der Ansichten über die Gefährlichkeit dieses Stoffes dartut, werden Stimmen laut, die eine absolute Unschädlichkeit des Eiweißes in Frage stellen. Die Erfolge der Eiweißmilch vermögen diese nicht zu entkräften. Verf. hat schon in früheren Untersuchungen mit anderen Mitarbeitern nachgewiesen, daß sich in den sogenannten Kaseinbröckeln unverdautes Eiweiß mit Hilfe der Präzipitation auffinden läßt. Es handelte sich dabei nicht um die von Ibrahim, Benjamin u. a. durch Fütterung roher Milch erzeugten großen Kaseinklumpen, sondern um die kleinen Bröckel, als deren Hauptbestandteile man Fettseifen annahm. Die Versuche wurden nun gemeinsam mit Tsukamoto an einem großen Material erneuert. Die Frage, ob es sich um Kasein oder Parakasein handelt, wurde, da nicht zu entscheiden, vernachlässigt. Es wurden zunächst die

Fäzes von 29 mit Brustmilch genährten Säuglingen untersucht. 21 ergaben, wie anzunehmen, kein Präzipitat. Bei 8 Säuglingen aber trat ein zweifellos spezifischer Niederschlag auf. 6 von diesen hatten alle vor 1 bis 6 Tagen noch Kuhmilchgemische erhalten, Reste des verfütterten Kaseins blieben also trotz mehrtägigem Aufenthaltes im Darme noch so unverändert, daß ihr biologischer Nachweis gelang. Bei den übrigen 2 Kindern war eine Fälschung der Brustmilch mit Kuhmilch anzunehmen und nachweisbar. Die weiteren Untersuchungen erstreckten sich auf künstlich genährte Kinder, nämlich auf: 20 Säuglinge mit schweren, 11 mit leichten Ernährungsstörungen, 23 anderweitig kranke, nicht ernährungsgestörte Säuglinge und eine relativ große Anzahl gesunder, das heißt gut gedeihender Kinder. In allen Fällen konnte ein spezifischer Niederschlag nachgewiesen werden, das heißt man ist berechtigt, für alle diese einen Nahrungsrest anzunehmen.

Im Gegensatz hierzu ließen sich bei mit Grießgemischen ernährten Kindern mit Hilfe eines Grießantiserums keine Grießreste im Stuhl nachweisen. Der vom Kasein stammende täglich mit dem Säuglingsstuhl ausgeschiedene Nahrungsrest beträgt nach einer Berechnung etwa $^1/_4$ bis 1 g. Die Frage, ob dieser Nahrungsrest ein „schädlicher" im Sinne B i e d e r t s ist, läßt sich nicht ohneweiters bejahen. In Analogie zu der Schädlichkeit des Hühnereiweißes für den Säuglingsdarm könnte man eine solche auch hierfür annehmen. Das Kasein wirkt außerdem als Fremdkörper und ist eine fäulnisfähige Substanz. T o b l e r bringt mit der Darmfäulnis die Erscheinungen der chronischen Ernährungsstörungen in Beziehung. Untersuchungen der Heidelberger Kinderklinik stellen fest, daß der überlebende Darm aus Nährlösungen, in denen sich nicht denaturiertes artfremdes Eiweiß befindet, weniger Milchzucker zu entnehmen vermag als aus solchen, die unverändertes, arteigenes Eiweiß enthalten oder die ganz eiweißfrei sind. Eine endgültige Entscheidung der Frage nach der Schädlichkeit des Nahrungsrestes muß künftiger Forschung vorbehalten bleiben.

F e r d i n a n d S a c h s.

P. Hertz. *Om komelksidiosynkrasi hos spaede börn.* (Über Kuhmilchidiosynkrasie bei Säuglingen.) (Ugeskrift for Laeger, 1914, Nr. 21.)

Ein Kind, das mit Ausnahme der ersten 14 Tage, wo Brust gegeben wurde, mit der Flasche erzogen war, die es aber schlecht vertrug, wurde im Alter von 2 Monaten wieder an die Brust gelegt. Der Zustand besserte sich in der nächsten Zeit erheblich. Beim Übergang zur Flaschenernährung erfolgte sogleich ein Intoxationsanfall mit Fieber bis zu 39·1. Nach Übergang zur Brust rasche Besserung. Ähnliche Anfälle konnten in den nächsten Wochen bei jedem Versuch, Kuhmilch (20 bis 50 g) zu geben, ausgelöst werden, wobei die Temperatur, im Gegensatz zu dem ersten Anfall, unter die normale sank. Kuhmilch per rectum gegeben verlief ohne Zwischenfall. Unbeeinflußt wurde das Kind auch von der Eingabe von Nestles Kindermehl. H e r t z neigt zu der Auffassung, daß die Ursache

dieser eigentümlichen Krankheitsanfälle in einer Anaphylaxie zu suchen ist. Wernstedt (Malmö).

Lehnerdt (Halle). *Zur Kenntnis der Rumination im Säuglingsalter.* (Münchener med. Wochenschrift, 1914, Nr. 38.)

Sitzung des „Vereines der Ärzte in Halle" am 24. Juni. Beschreibung eines Falles von Rumination bei einem 7monatigen Säugling. Bemerkenswert war, daß es gelang, das neuropathische Kind durch Drohungen am Ruminieren zu verhindern. Besserung durch breiige Nahrung; Gewichtsanstieg. Exitus infolge Bronchopneumonie. Bei der Sektion wurden keinerlei Veränderungen im Magendarmtraktus gefunden. Ferdinand Sachs.

J. Stumpf (Würzburg). *Bolus alba bei Diarrhöe, Ruhr und asiatischer Cholera.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 40.)

Nach Ansicht des Verfs. beruht die Wirksamkeit der von ihm in die Therapie eingeführten Bolus alba auf Massenwirkung der Ton- oder Kaolinkörperchen auf die Bakterien. Es kommt zu einer mechanischen Behinderung der Bakterienflut auf die Schleimhaut des Verdauungsrohres. Deshalb ist die Bolus alba auch nur in großen Mengen wirksam. Ein „Zuviel" gibt es dabei nicht. Beim gewöhnlichen diarrhoischen Darmkatarrh gibt Stumpf beim Erwachsenen auf einmal 200 g Bolus, in 400 g Wasser aufgeschwemmt. Nach 2 bis 3 Stunden kann schon wieder vorsichtig Nahrung verabfolgt werden. Wenn nötig, werden dann noch 1- bis 2mal 100 g gegeben. Bei der Bazillenruhr sind ebenfalls zu Anfang 200 g zu nehmen, dann bis zum völligen Nachlassen der Erscheinungen neben entsprechender Diät alle 3 bis 4 Stunden 50 g. Cholera, Cholera nostras und Speisevergiftungen erschweren wegen des heftigen Erbrechens häufig die Anwendungsweise der Bolus alba und machen große Dosen unmöglich. Dann müssen häufige kleinere Quantitäten gegeben werden, etwa 10mal in der Stunde, bis das Erbrechen nachläßt und der Kranke dann auch meist gerettet ist. Ferdinand Sachs.

Emil Starkenstein (Prag). *Über die therapeutische Verwendung der Tierkohle.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 1.)

Von großer Bedeutung sind die Versuche, die Wiechowski, Adler und der Verf. über das Adsorptionsvermögen der verschiedenen Kohlenarten, besonders Tierkohle, angestellt haben. Tiere, denen tödliche Giftdosen eingegeben wurden, überstanden die Vergiftung bei Behandlung mit Tierkohle. An einem größeren Krankenmaterial wurde dargetan, daß außer den exogenen auch endogene, das heißt bei gewissen Krankheiten im Organismus selbst entstandene Gifte durch Tierkohle adsorbiert und so für den Körper unschädlich gemacht wurden. Auch bei Vergiftungen mit Schwermetallen, mit Phosphor, Arsenik und Alkaloiden waren die Erfolge ausgezeichnet, ebenso bei Botulismus und Pilzvergiftungen. Bei Brechdurchfällen kleiner Kinder sowie bei Sommerdiarrhöen konnte Verf. Resultate erzielen, die alle anderen übertrafen. Die negativen Erfolge anderer

Autoren mit der Kohletherapie sind meist darauf zurückzuführen, daß dieselben Pflanzenkohle benutzten. Durch Reagenzglasversuche mit Methylenblau ließ sich nachweisen, das Bolus alba an Adsorptionskraft der Pflanzenkohle überlegen war, diese aber selbst wieder hierin von der Tierkohle um vieles übertroffen wurde. Außerdem, und das erklärte erst ganz die Überlegenheit der Tierkohle, konnte festgestellt werden, daß eine in vitro anscheinend absolut irreversible Adsorptionsverbindung von Pflanzenkohle respektive Bolus alba mit Methylenblau nach Einverleibung in den Tierkörper bald innerhalb desselben gesprengt wurde und der Farbstoff nach kurzer Zeit im Harne erschien. Wurde dagegen ein Gemisch von Tierkohle und Methylenblau verabreicht, so blieb der Harn farblos. Im Reagenzglas waren vorher alle drei Gemische fest verankert, da durch Auswaschen kein Farbstoff ins Waschwasser übergetreten war. Im Darmtraktus erwies sich aber nur das Tierkohlegemisch als irreversibel. Von allen Kohlearten hat sich die Merksche Tierkohle am besten bewährt. Sie wurde gewöhnlich mit Bitterwasser oder mit Natrium- und Magnesiumsulfat gemischt gegeben, um das Adsorptionsgemisch von Kohle und Gift möglichst rasch aus dem Darme zu entfernen. Wiechowski hat kürzlich selbst eine Tierkohle hergestellt, die die Merksche noch übertreffen soll. Hiermit wurden auch in Seuchespitälern bei Dysenterie und Cholera glänzende Erfolge erzielt.

Ferdinand Sachs.

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

Türk (Klausenburg). *Über einen Fall von Verseuchung der Milch durch Coccidium oviforme und Bacterium coli varietas dysentericum.* (Hyg. Rundschau, 24. Jahrg., S. 1181.)

Zwei Ruhrepidemien in einer Gemeinde Südungarns gaben den Anlaß zur Untersuchung der in der Gemeinde abgesetzten Milch. Dabei fand sich in derselben Coccidium oviforme, das beim Hornvieh hämorrhagische Dysenterie verursacht, in der ersten Epidemie zusammen mit Bacterium coli commune, in der zweiten mit Bacterium coli varietas dysentericum. Gleichzeitig stellte sich heraus, daß die Milch gewässert war, und in dem Brunnen eines Lieferanten wurde Coccidium oviforme gefunden. Verf. schließt daraus, daß die Milchwässerung die Ruhrerreger in die Milch brachte und die so verunreinigte Milch die Ursache der Epidemien wurde. Beides kann nicht als bewiesen angesehen werden. Einmal wurde in dem Wasser nur Coccidium oviforme gefunden und zweitens zeigt gerade dieser Nachweis, daß eine andere unmittelbare Quelle für die Infektion vorhanden war.

Hohlfeld (Leipzig).

Richard Drews (Hamburg). *Ein Musterbetrieb der Kuhmilchgewinnung.* (Deutsche Vierteljahrsschrift f. d. öffentl. Gesundheitspfl., Bd. XLVI, S. 261.)

Der vom Verf. geschilderte Musterbetrieb stellt auch eine in ihrer Zusammensetzung der Frauenmilch ähnliche Säuglingsmilch her. „Diese Milch befindet sich in

Flaschen von $^1/_8$ l für Säuglinge bis zu 4 Monaten,
Flaschen von $^1/_5$ l für Säuglinge von 4 bis 8 Monaten,
Flaschen von $^1/_4$ l für Säuglinge von 8 bis 12 Monaten,

wobei täglich 8 Mahlzeiten bis zum Alter von 6 Wochen,
täglich 7 Mahlzeiten im Alter von 6 bis 16 Wochen,
täglich 6 Mahlzeiten im Alter von 16 bis 50 Wochen

gerechnet werden."

Die Trinklust der Hamburger Säuglinge in Ehren, als Muster kann das aber nicht hingestellt werden. Hohlfeld (Leipzig).

Kühl (Kiel). *Über die Milchversorgung im Deutschen Reiche.* Deutsche Vierteljahrsschrift f. öffentl. Gesundheitspfl., Bd. XLVI, S. 405.)

Verf. verlangt:

1. Tierärztliche Kontrolle des Viehstandes und Stalles.
2. Aufklärung über die Gewinnung sauberer Milch.
3. Nährwertbestimmung am Produktionsorte, desgleichen bakteriologische Prüfung in einfacherer Form. Zurückweisung schlechter Milch vom Verkehr.
4. Städtische Überwachung des Milchtransportes, der Verkaufsstellen, der Transportmittel in der Stadt durch im Meiereifach ausgebildete Beamte.
5. Vorschriften über die Ausbildung der Milchhändler und Verbot des Milchhandels durch Unbefugte.

Keine neuen Gesichtspunkte, die alten in mäßiger Darstellung. Die Leipziger Milchhygienische Untersuchungsanstalt wird nicht erwähnt. Hohlfeld (Leipzig).

Wachstum und Stoffwechsel.

Engel (Berlin). *Die Harnabscheidung des Säuglings.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 46, S. 1960.)

Vermittels eines etwas komplizierten Apparates, der durch ein elektrisches Läutewerk die einzelnen Harnentleerungen des Säuglings anzeigt und dadurch das gesonderte Auffangen der einzelnen Urinportionen gestattet, hat Engel Untersuchungen angestellt über die Zahl der Urinentleerungen beim Säugling und ihre Abhängigkeit von der aufgenommenen Flüssigkeitsmenge, über die Verteilung der Harnentleerung auf Ruhe und Erregungszustand sowie über die Größe der einzelnen Harnportionen.

Nagel-Hoffmann (Berlin-Treptow).

Paul Grosser (Frankfurt a. M.). *Stoffwechselprobleme der Rachitis.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 14.)

Vortrag in der wissenschaftlichen Vereinigung des Frankfurter städtischen Krankenhauses.

Vom pathologischen Anatomen wird die Frage nach dem Wesen der Rachitis wohl im allgemeinen jetzt dahin beantwortet, daß im rachitischen Knochen die Resorption von kalkhaltigem Gewebe in physiologischer Weise weitergeht, während die Apposition sistiert. Aus diesem Grunde kann die Tierrachitis, bei der es sich um reine typische Osteoporose handelt, nicht mit der menschlichen Rachitis verglichen werden. (Bezieht sich doch nur auf die rachitisähnlichen Knochenveränderungen nach kalkarmer Nahrung?) Ref.) Warum das neugebildete osteoide Gewebe den Kalk nicht in ausreichender Menge zurückhält, wissen wir nicht, trotz der zahlreichen Untersuchungen, die eine Lösung dieser Frage herbeiführen sollten. Chemische Untersuchungen des rachitischen Knochens haben übereinstimmend eine Verminderung des Kalk- und Phosphorgehaltes und eine Zunahme des Wassergehaltes gegenüber der Norm ergeben. Neuere Stoffwechselversuche an Rachitikern, die die Verschiebung zwischen Urin- und Kotkalk, die Abhängigkeit des Ergebnisses von der Ernährung, die Relation zu anderen Körpern, besonders Phosphorsäure, und besonders genügend lange Vor- und Nachperioden berücksichtigen, sind zu dem Resultat gekommen, daß im floriden Stadium der Erkrankung eine negative oder wenigstens verminderte Kalk- und Phosphorsäurebilanz besteht. Aron und Dibbelt sind auf Grund ihrer Versuche an Hunden zu der Ansicht gekommen, daß das Wesen der rachitischen Veränderungen darin besteht, daß zuviel Kalk zu Verlust kommt, in dem die im Körper kreisenden Kalkverbindungen durch irgend welche Vorgänge in den Darm abgelenkt und hier ausgeschieden werden, so daß sie überhaupt nicht an den Knochen gelangen können. Diese Anschauungen müssen, wie schon erwähnt, abgelehnt werden, weil es sich bei ihren Versuchstieren gar nicht um echte Rachitis gehandelt hat. Auch die durch Berechnungen und Untersuchungen an Brustkindern gestützte Annahme, daß bei diesen eine echte Rachitis aus Kalkmangel entstehe, wird bezweifelt und vermag auch nicht das Wesen der viel häufigeren Rachitis der Flaschenkinder zu erklären. Das Wesen des ganzen Problems gipfelt in der Frage: Hält die neugebildete Knochenzelle den Kalk nicht zurück, weil er ihr in einer nicht passenden Form zugeführt wird, oder aber ist die Knochenzelle, weil selbst erkrankt, nicht imstande, den ihr zugeführten, an Qualität und Quantität normalen Kalk zu binden? In Anlehnung an die Ehrlichsche Rezeptorenlehre von der Theorie ausgehend, daß die Knochenzelle vielleicht nicht für jede, sondern nur für spezifische Kalkphosphorverbindungen Rezeptoren hätte, injizierte Verf. Rachitikern im Stadium der negativen Kalkbilanz subkutan Kalziumglyzerophosphat und konnte auf diese Weise eine Retention des Kalkes, auch in der Nachperiode, erreichen, während nach Injektion von Kalziumchlorid bei gleichzeitiger innerlicher Verabreichung von Phosphorsäure der Kalk nicht zurückbehalten oder bald danach wieder ausgeschwemmt wurde. Auch nach Injektion von Kalziumchlorid und gleichzeitiger innerlicher Verabreichung von Natriumglyzerophosphat (das bald im Magendarmkanal in Glyzerin und Phosphorsäure gespalten wird) trat keine positive Kalkbilanz

auf, während nach Einverleibung der beiden Körper unter die Haut an zwei verschiedenen Stellen wiederum eine Kalkretention erreicht werden konnte, da Natriumglyzerophosphat bei subkutaner Applikation nicht in seine beiden Komponenten gespalten wird. Diese Versuchsanordnung scheint die Theorie des Verfs., daß das osteoide Gewebe nur ganz bestimmte Kalkphosphorverbindungen aufnimmt, zu stützen. Ferdinand Sachs.

F. Lust (Heidelberg). *Die Bedeutung des Kalkes für den wachsenden Organismus.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 8.)

Vortrag im naturhistorisch-medizinischen Verein in Heidelberg.

Verf. gibt eine zusammenfassende Darstellung der dem Pädiater im allgemeinen bekannten Beziehungen des Kalkes zum Wachstum und zur Rachitis und Spasmophilie. Der größte Teil des Verkalkungsprozesses des knorpelig angelegten Stützgewebes vollzieht sich beim Menschen in den letzten Monaten der Fötalperiode. Der Embryo reißt auf Kosten des mütterlichen Organismusses (Erkrankung der Mutter: Osteomalazie, Tetanie) große Kalkmengen an sich und bringt so ein beträchtliches Kalkdepot mit zur Welt. Frühgeburten, die zum Sammeln dieses Reservekalkes nicht mehr genügend Gelegenheit hatten, erkranken daher auch fast regelmäßig an Rachitis. Dem ausgetragenen Säugling ermöglicht der aufgespeicherte Kalk, zusammen mit dem Nahrungskalk eine relative und absolute Anreicherung seiner Knochen mit mineralischen Bestandteilen bis zum Beginne des zweiten Lebenshalbjahres. Dann tritt auch für ihn die „physiologische Osteoporose" ein, d. h. bis zum Ende des zweiten Jahres werden seine Knochen relativ aschearmer. Das Gehirn hat zur Zeit der Geburt seinen größten Kalkreichtum erlangt, vom 16. Lebensmonat ab gleicht es in seiner chemischen Zusammensetzung ganz dem des Erwachsenen.

Im Gesamtkörper entfällt der bei weitem größte Anteil an Kalk auf das Skelett. Der tägliche Ca-Ansatz wird beim rachitisfreien Säugling von den verschiedenen Autoren, aus Stoffwechselversuchen und vergleichenden Analysen berechnet, auf 0·12 bis 0·25 angegeben.

Die kalkarme Frauenmilch sowohl als auch die kalkreichere Kuhmilch vermögen den Bedarf des normalen Säuglings an Ca völlig zu decken. Das Ca der Frauenmilch wird zu 70%, das der Kuhmilch zu 30% ausgenutzt. Für den normalen Ablauf des Kalkstoffwechsels sind einige Drüsen mit innerer Sekretion von großer Bedeutung, vor allem Schilddrüse, Thymus und Epithelkörperchen. (Die bekannten Untersuchungen von Basch, Klose und Vogt, Erdheim, Mac Callum und Vögtlein u. a.) Eine Störung im Kalkstoffwechsel macht sich an den beiden kalkreichsten Organen des Körpers, dem Skelett und dem Nervensystem, in der Rachitis und Tetanie geltend. Das Wesen der Rachitis besteht darin, daß das neugebildete Knochengewebe die Fähigkeit verloren hat, genügend Kalk aufzunehmen, daß es daher unverkalkt bleibt. Das Angebot ist dabei als ausreichend anzusehen. Nach der Heidelberger Schule ist daran letzten Endes ein Versagen der oxydativen Kräfte des Organismus

schuld (Oxylebertrantherapie von Freudenberg und Klocmann). Alle diese Fragen und Theorien sind aber noch im Fluß und nicht endgültig geklärt. Ebenso steht es mit dem Zusammenhang von Kalziumstoffwechsel und Tetanie. Die anfänglich eindeutig erscheinenden Meerwasserversuche von Loeb wurden durch andere Forscher erweitert und kompliziert. Soviel steht aber fest, daß wir beim Warmblüter durch genügend hohe Ca-Dosen die Erregbarkeit des Nervensystems herabsetzen können. Es kommt hierbei in erster Linie auf die Höhe der Kalkkonzentration im Blute an.

Ferdinand Sachs.

F. Göppert. *Die therapeutische Verwendung der Kalksalze.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 24.)

Die Verabreichung von Kalk zum Ausgleich eines effektiven Kalkmangels hat nur im Heilungsstadium der Rachitis und bei der Rachitis des Brustkindes Bedeutung. Man kann hier Kalziumtriphosphat, Coll. acetic. oder auch Larosan (beim Brustkinde) verordnen. In geringem Maße kann man bei geeigneten Fällen durch Kalkmedikation festere Stühle erzielen (z. B. 100 g Kalkwasser-Stolte). Die die Blutgerinnung fördernde Wirkung des Kalkes wird bei Melaena, Purpura u. a. m. in Form der Merkschen Kalzine oder auch als Calc. chlorat. oder acet. mit Erfolg angewandt.

Die im Experiment (Chiari und Januschke) nachgewiesene entzündungshemmende Eigenschaft der Kalziumsalze hat sich zwar beim Heuschnupfen (Emmerich und Löw) und bei manchen Fällen von Urtikaria bewährt, bei dem gewöhnlichen Schnupfen aber vollständig und bei dem Säuglingsekzem meistens versagt. Viel gutes leistet die Kalktherapie bei den verschiedenen Formen der Übererregbarkeit. Das Bronchialasthma wird durch kleine Gaben irgend eines Kalksalzes gut beeinflußt, zur Kupierung des Anfalles bedarf es massiver Dosen. Überaus befriedigende Resultate wurden in der Göttinger Kinderklinik bei der Spasmophilie erzielt. Fast jeder gefahrdrohende Zustand läßt sich in 6 bis 12 Stunden beseitigen durch Verabreichung von 1½ bis 2 g Calcium chlorat. cristall. zwei- bis dreistündlich. Dies wird 24 Stunden fortgesetzt, dann auf etwa 6mal 1·5 g täglich herabgegangen bis zum vierten Tag, von da an allmählich bis auf 4 g täglich fallend. Diese letztere Menge kann längere Zeit hindurch gegeben werden. Treten erneut stärkere Krankheitserscheinungen auf, so wird die Dosis vorübergehend gesteigert. An Stelle des Calcium chlorat. können auch äquivalente Mengen anderer Kalksalze benutzt werden. Ein großer Vorteil der Kalktherapie besteht darin, daß sie die sofortige Verabfolgung der der Konstitution des Kindes entsprechenden Nahrung ermöglicht. Bei manchen Säuglingen stößt die Verabreichung des Mittels auf Widerspruch. Man gibt es entweder zusammen mit Himbeersaft oder in der Milch. Ferdinand Sachs.

Fötus und Embryo.

F. Masay (Konstantinopel). *Die Infektionen des Fötus.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 46.)

Die plazentare Infektion des Fötus wird von vielen Forschern nur in Ausnahmefällen für möglich gehalten. Andere nehmen an, daß die Plazentargefäße krank sein müssen, um das Durchdringen des Virus zu ermöglichen. Das vom Verf. beschriebene Streptobacterium foetidum hat die Fähigkeit, die Plazenta mit großer Leichtigkeit zu durchwandern. Auf Grund seiner Versuche an schwangeren Meerschweinchen kommt Masay zu folgenden Schlüssen: Streptobacterium foetidum ruft allgemeine Sepsis hervor. Dieselbe geht leicht auf den Fötus über. Zwei Stunden nach der Infektion findet man Streptobacterium foetidum sowohl im Blute der Mutter als auch im Blute des Fötus. Dies beweist die geringe Widerstandsfähigkeit des Plazentarfilters gegen manche Bakterien. Die meisten Tiere abortieren. Der Abort ist immer günstig für die Mutter. Alles verhält sich so, als ob der Fötus durch Aufnahme einer großen Menge Bakterien eine Art Fixationsabszeß für die Mutter bildet. Auf diese Weise erklärt sich die häufige Heilung der Mutter nach dem Abort. Es kann vorkommen, daß die Bakterien durch die Plazenta in den Embryo vordringen, ohne daß die Mutter von einer Infektion befallen zu sein scheint. Ferdinand Sachs.

Neugeborene.

Erich Zacharias (Leipzig). *Genitalblutungen neugeborener Mädchen.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 44.)

Die Genitalblutungen neugeborener Mädchen wurden früher vielfach als Menstruatio praecox bezeichnet. Von einer eigentlichen Frühreife kann aber nicht die Rede sein, da alle Voraussetzungen hierzu fehlen. Verf. hat 400 neugeborene Mädchen genau beobachtet und unter ihnen 10, das ist 2·5%, mit Genitalblutungen gefunden. Er erörtert nun an Hand der Literatur die verschiedenen Theorien über die Genese dieser Anomalie und hält die Auffassung Zapperts und Halbans für die einleuchtendste. Nach Ansicht dieser Autoren stammen die Blutungen aus dem Uterus und histologische Untersuchungen zeigen eine Ähnlichkeit dieser kindlichen Uteri mit der menstruierenden Gebärmutter. Diese Umwandlung wird wahrscheinlich durch Reizstoffe hervorgerufen, die aus der mütterlichen Plazenta stammen und noch einige Zeit im Blute des Neugeborenen kreisen. Die eigenen Untersuchungen des Verfs. haben eigentlich nicht viel Neues gebracht. Er stellt lediglich fest, daß die Blutung gewöhnlich am 6. bis 7. Tage nach der Geburt eintritt, gewöhnlich nur tropfenweise, 1 bis 2 Tage anhält, daß das Allgemeinbefinden des Kindes dabei niemals gestört war und daß sich seine Kinder mit Blutungen sämtlich durch Größe und hohes Gewicht auszeich-

neten. Aus letzterer Tatsache schließt er, daß der Einfluß der Druckeinwirkung während der Geburt vielleicht in der Pathogenese des Zustandes eine Rolle spielen könne. Ferdinand Sachs.

Diathesen.

W. Wernstedt. *Till fragan om den diätiska behandlingen af den spasmofila diathesen.* (Zur Frage der diätetischen Behandlung der spasmophilen Diathese.) (Allm. Svenska Läkartid, 1915, Bd. XII, p. 761.)

In der letzten Zeit hat Verf. spasmophile Kinder mit einer Eiersuppe behandelt. 1 l Wasser wird mit zirka 50 g Mehl und 80 bis 100 g Malzextrakt gekocht; nachdem das Gemisch von der Flamme entfernt ist, werden 2 Eidotter oder mehr in dasselbe verrührt. Bei mehreren Kindern schwanden die manifesten Symptome sofort nach dem Übergang zu dieser Nahrung und traten gleich wieder auf, wenn Kuhmilch gegeben wurde. Da die ausschließliche Kohlehydratnahrung bei längerem Gebrauch die Gefahr einer Unterernährung oder Entwicklung eines Mehlnährschadens herbeiführt, das Zufügen auch nur kleiner Mengen von Kuhmilch aber, wie die Erfahrung lehrt, in sehr vielen Fällen die Symptome verschlimmert, ist eine Nahrung, die vollständig kuhmilchfrei ist, und doch kalorisch genügend dieser allgemein empfohlenen diätetischen Behandlung vorzuziehen in Fällen, wo zur Brustmilch nicht übergegangen werden kann. Die bisherigen Erfahrungen mit der oben erwähnten Eiersuppe scheinen zu weiterem Versuche aufzumuntern. Die Behandlung soll mit Darreichung von P-Lebertran unterstützt werden.

Wernstedt (Malmö).

Herm. Schridde (Dortmund). *Der angeborene Status thymo-lymphaticus.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 44.)

Die Frage, ob es einen angeborenen Status thymo-lymphaticus gibt oder ob die Konstitutionsanomalie erst im späteren Leben erworben wird, ist heute noch nicht mit Sicherheit zu beantworten. Schuld daran ist der bisherige Mangel an einwandfreien vergleichenden Untersuchungen mit normalen Neugeborenen. Verf. untersuchte daher zunächst 59 Totgeborene, die er unter 185 ihm zur Verfügung stehenden auswählte und bei denen weder die makroskopische noch die mikroskopische Untersuchung der Organe irgend einen pathologischen Befund ergab.

Bei der Obduktion wurde besonders auf das Verhalten der Zungenbalgdrüsen, Gaumenmandeln, Lymphknötchen der Milz und des lymphatischen Apparates des Darmes geachtet. Es konnte festgestellt werden, daß normalerweise im fötalen Leben bis zur Geburt makroskopisch weder die Lymphknötchen der Milz noch die des Darmes deutlich in Erscheinung treten. Gaumenmandel sind sichtbar, es ist aber schwer, aus ihrer Größe Schlüsse zu ziehen. Keimzentren

konnten in Milz, Darm und Mandeln nicht entdeckt werden. In einer Tabelle wurden Länge des Neugeborenen und die Gewichte von Thymus und Milz zusammengestellt. Die Werte schwankten in ziemlich weiten Grenzen. So fanden sich bei Föten von 42 cm Länge Thymusgewichte von 3 und 11 g, bei 46 cm von 8 und 14 g, bei 47 cm 4 und 11 g. Die Milzen zeigten oft hohe Werte, bei einem Föten von 48 cm Länge 15 g, bei 51 cm sogar 22 und 27 g. Man darf also aus der Größe der Milz auf keinen Fall auf die geringere oder größere Mächtigkeit des lymphatischen Gewebes schließen. Verf. gibt dann die Sektionsbefunde von 3 Totgeburten, bei denen die hochgradige Abweichung vom normalen auf einen echten, und zwar angeborenen Status thymo-lymphaticus schließen läßt. Es waren auffällig große Kinder, von 54 und 55 cm Länge. Bemerkenswert war die starke Ausbildung des Unterhautfettgewebes. Der Thymus war sehr stark vergrößert, 19, 24 und 26 g schwer und wies mikroskopisch Markhyperplasie auf. In Milz und Darm waren die Lymphknötchen mit unbewaffnetem Auge erkenntlich. Da die Mutter des einen Fötus ebenfalls einen ausgesprochenen Status thymo-lymphaticus hatte, ist bewiesen, daß diese Konstitutionsanomalie erblich ist.

Ferdinand Sachs.

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

R. Isenschmid und **W. Schemensky** (Frankfurt a. M.). *Über die Bedeutung der von Doehle beschriebenen Leukozyteneinschlüsse für die Scharlachdiagnose.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 39.)

Als Färbemethode hat sich Verf. am besten das Karbol-Methylgrün-Pyronin nach Pappenheim-Unna bewährt. Sie heben vier besondere Formen der Einschlüsse hervor, die bei „Nichtscharlachkranken" viel seltener als die anderen angetroffen werden. Besonders charakteristisch für Skarlatina sind: birnförmige Einschlüsse mit langem Schwanz, Paare von nebeneinander liegenden Stäbchen, lange Fäden mit zackigem Rand, diplikokkenähnliche Gebilde.

Verff. halten die Körperchen für Verdichtungen im Protoplasma, hervorgerufen durch die infektiöse Noxe. Das Fehlen von Doehleschen Einschlüssen bei einem fiebernden Kranken schließt frischen Scharlach aus, der positive Befund dagegen schließt Röteln aus und macht Masern unwahrscheinlich. Bei kruppöser Pneumonie finden sich fast regelmäßig ganz typische Einschlüsse. Diphtherie und lakunäre Anginen macht der positive Befund nur dann unwahrscheinlich, wenn sich typisch geformte Einschlüsse in großer Zahl vorfinden.

Ferdinand Sachs.

H. Eichhorst (Zürich). *Scharlach und Erythema nodosum.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 25.)

Verf. teilt die Krankengeschichten von 3 Fällen von Scharlach mit, die in der vierten bis sechsten Woche an typischem Erythema nodosum unter leichter Beteiligung einiger Gelenke erkrankten.

Da Erythema nodosum als Folgeerkrankung von Scharlach in der Literatur noch nicht erwähnt ist, wird die Frage diskutiert, ob das Erythema nodosum der in 2 der 3 Fälle aufgetretenen Rachendiphtherie zur Last zu legen sei oder im Zusammenhang stehe mit der gleichzeitig positiven Pirquetschen Reaktion. Beides wird als unwahrscheinlich abgelehnt und das Erythema nodosum als Folgekrankheit des Scharlachs angesehen. Ferdinand Sachs.

F. Glaser (Berlin-Schöneberg). *Salvarsaninfusionen bei Scharlach.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 38, S. 1760.)

Verf. behandelte 42 Scharlachfälle mit Salvarsaninjektionen (0·1 g auf 10 kg Körpergewicht). Das Mittel übte auf die toxischen Fälle keinen Einfluß aus und konnte die Scharlachkomplikationen nicht verhüten, beeinflußte aber Fieber und Benommenheit oft günstig und heilte in vielen Fällen das Scharlachdiphtheroid rasch ab. In über der Hälfte der Fälle trat nach der Injektion Schüttelfrost, Erbrechen und Durchfall auf.

Nagel-Hoffmann (Berlin-Treptow).

Lenzmann (Duisburg). *Weitere Erfahrungen über die Behandlung des Scharlachs mit Salvarsan.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 43 und 44.)

Vortrag auf der 33. Versammlung vom 17. Mai 1914 der „Rheinisch-westfälischen Gesellschaft für innere Medizin und Nervenheilkunde" zu Bonn.

Verf. verweist zunächst auf seine Mitteilung über die Salvarsanbehandlung des Scharlachs auf der Naturforscherversammlung in Karlsruhe. Inzwischen hat er weitere 47 Fälle mit dem Ehrlichschen Präparat behandelt, und zwar nur schwere Fälle. Von diesen sind nur 2 gestorben, die moribund mit schwerster Scarlatina fulminans in Behandlung kamen. Solche Fälle hält Lenzmann für unbeeinflußbar. Die Wirkung auf die anderen 45 Kranken hatte etwas Typisches. In den ersten 2 bis 4 Stunden nach der Injektion findet ein Anstieg der Temperatur statt, dem bald darauf ein regelmäßiger Abfall, 0·8 bis 1·5° unter die Anfangswerte, folgt. Nach jeder neuen Injektion wiederholt sich das Bild, so daß man bald auf 37 bis 38° herunter kommt. Weitere typische Wirkungen des Salvarsans sind eine Besserung des Allgemeinbefindens und eine günstige Beeinflussung der Rachenaffektion. Verf. glaubt, daß die chemische Substanz auf den noch unbekannten Scharlacherreger direkt einwirkt. Er verwendet Neosalvarsan in kleinsten, öfter wiederholten Dosen, intravenös appliziert. Je schwerer das Krankheitsbild, desto kleiner die Anfangsdosis. Nach 8 bis 12 Stunden Wiederholung. Bei 3- bis 8jährigen Kindern gibt er als Höchstdosis 0·15 Neosalvarsan. Von anderer Seite wurde der Status thymico-lymphaticus als Kontraindikation gegen die Salvarsantherapie des Scharlachs bezeichnet. Lenzmann rät, bei solchen Patienten, bei denen diese Konstitutionsanomalie vermutet wird — eine sichere Diagnose dürfte

beim frischen Scharlach schwierig sein —, mit extrakleinen Dosen zu beginnen. In der lebhaften Diskussion werden die angeblichen Erfolge des Vortragenden sowie seine Anschauung über die spezifische Ätiologie des Scharlachs einer eingehenden Kritik unterworfen.

Ferdinand Sachs.

Benda. *Scharlach und Diphtherie in ihren Beziehungen zur sozialen Lage.* (Berliner klin. Wochenschr., 1915, Nr. 15.)

Den Betrachtungen liegt das Berliner statistische Material aus den drei Jahren 1909, 1910 und 1911 zugrunde. Als Maßstab für die soziale Lage nimmt Benda, ohne dessen Unzulänglichkeit zu erkennen, den Wohnbezirk, indem er die dünnbevölkerten Bezirke des Westens, die von kinderarmen Familien bewohnt werden, den Bezirken, die vorzugsweise von kinderreicher Proletarierbevölkerung bewohnt werden, gegenüberstellt. Während bei Diphtherie die Morbidität bei besser situierten, bei geringer Dichtigkeit der Bevölkerung, bei guten hygienischen Verhältnissen am geringsten ist, schienen bei Scharlach die Kinder der Wohlhabenden mehr zu Erkrankungen disponiert zu sein. Die Mortalität dagegen wird bei beiden Krankheiten in demselben Sinne von der sozialen Lage beeinflußt, daß der Wohlstand am wenigsten gefährdet ist. Im Vergleich zur Tuberkulose, die vorzugsweise eine Krankheit der Armen ist, spielt bei Scharlach und Diphtherie der soziale Faktor eine mehr untergeordnete Rolle. Keller.

Bendix (Berlin). *Über Diphtherie.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 19.)

Fortbildungsvortrag. Eingehende Schilderung des klinischen Verlaufes in seinen verschiedenen Formen und Graden, der Therapie und Prophylaxe unter Zugrundelegen neuerer Forschungen.

Ferdinand Sachs.

O. Hartoch und **W. Schürmann** (Bern). *Die Schutzwirkung des Diphtherieserums bei Reinjektion.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 49, S. 2030.)

Verff. untersuchten die Schutzwirkung des Diphtherieantitoxins bei gegen Pferdeserum überempfindlichen Meerschweinchen und fanden sie 8- bis 32mal geringer als bei unbehandelten Kontrollen. Erzeugte man aber bei diesen überempfindlichen Tieren durch Injektion kleiner Mengen von Pferdeserum den Zustand der Anti-anaphylaxie, so war das hernach eingeführte Antitoxin fast ebenso wirksam, wie bei den Kontrolltieren. Die Versuche sprechen für einen beschleunigten Abbau des Antigens im überempfindlichen Tiere und können eine mangelhafte Wirksamkeit des Diphtherieserums bei reinjizierten Menschen verständlich machen. Eine subkutane Injektion kleiner Dosen von Serum nach dem Vorschlag von Besredke läßt nicht nur die Anaphylaxiegefahr bei den zu Reinjizierenden vermeiden, sondern schützt auch das eingeführte Antigen vor rascher Inaktivierung. Nagel-Hoffmann (Berlin-Treptow).

Erwin Kobrak (Berlin). *Durch den Diphtheriebazillus hervorgerufene blennorrhoische Prozesse, speziell in der kindlichen Vagina.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 10.)

Verf. beschreibt einen Fall von schwerer, phlegmonöser Angina, bei dem kulturell Diphtheriebazillen festgestellt wurden, der sich auf Serumeinspritzung rasch besserte und bei dem erst 3 Tage danach ein typischer membranöser Belag auftrat, sowie einen Fall von Krupp mit reichlicher eitriger Sekretbildung und positivem Bazillenbefund ohne die geringste Membranbildung. Diese Beobachtungen und der Umstand, daß sich auch beim Säugling häufig in Nase und Augen rein eitrige Prozesse auf echt diphtherischer Basis finden, veranlassen Verf. bei 2 Fällen von Vulvovaginitis mit negativem Gonokokkenbefund auf den Löffler schen Bazillus zu fahnden. Der positive Ausfall der kulturellen Untersuchung sowie die rasche Heilung nach Seruminjektion ohne örtliche Maßnahmen bestätigten seine Vermutung, daß auch hier der Diphtheriebazillus rein eitrige Erscheinungen verursacht habe. Ferdinand Sachs.

G. L. Dreyfus und **Joh. Schürer** (Frankfurt a. M.). *Beitrag zur Frage der Pathogenese und Therapie der postdiphtherischen Polyneuritis.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 23.)

Bei einem zu Anginen neigenden Patienten kam es nach offenbar leichter Diphtherie zu einer ein viertel Jahr währenden, in Schüben und deutlich progredient verlaufenden leichten Polyneuritis, die sich vorwiegend auf sensiblem Gebiet bewegte. Drei Monate nach der Infektion fanden sich noch virulente Diphtheriebazillen im Rachenabstrich. Mit der Tonsillektomie änderte sich das Krankheitsbild völlig. Sämtliche subjektiven und objektiven Symptome nahmen schnell an Intensität ab und verschwanden bald völlig. Die Auffassung, daß der Organismus von den in den Tonsillen oder an einer anderen Stelle des Körpers befindlichen Diphtheriebazillen noch nach Ablauf der akuten Erscheinungen Gift resorbieren kann, bietet eine theoretische Erklärungsmöglichkeit für die Erfolge der Serumbehandlung bei der postdiphtherischen Polyneuritis.

Ferdinand Sachs.

F. Reiche (Hamburg-Eppendorf). *Plaut-Vincentsche Angina und Diphtherie.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 33.)

Verf. teilt 22 Fälle von typischer Plaut-Vincentscher Angina mit gleichzeitigem positivem Diphtheriebazillenbefund mit. Seine Beobachtungen lehren, daß Diphtheriebazillen nicht selten auch in einem Rachen mit ulzeromembranösen Veränderungen ein rein parasitäres Dasein führen können, daß die durch das Plaut-Vincentsche Bakteriengemisch gesetzten lokalen Läsionen jenen Keimen keine gewebliche Ansiedlungsbedingungen und Eingangspforten zu gewähren brauchen und ihr Zugegensein den typischen Ablauf einer leichten Vincentschen Angina nicht beeinflußte.

Ferdinand Sachs.

Erich Leschke (Berlin). *Über Pneumokokkenangina und ihre Behandlung.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 51 und 52.)

Zusammenfassung: Unter den verschiedenen Formen der Mandelentzündung spielen die durch eine Infektion mit Pneumokokken hervorgerufenen eine besondere Rolle. Sie zeichnen sich klinisch durch ihren meist hartnäckigen Verlauf und die erheblichen influenzaartigen Störungen des Allgemeinbefindens aus. Bakteriologisch sind sie gekennzeichnet durch das Vorhandensein des Diplococcus lanceolatus als des überwiegenden pathogenen Keimes auf den Mandeln. Das klinische Krankheitsbild ist entweder das der follikulären Angina mit Pfröpfen oder graugelben bis graugrünen Belägen oder das der Pneumokokkeninfluenza oder schließlich das der sepsisartigen Pneumokokkämie. Therapeutisch hat sich das Optochin gut bewährt.

Ferdinand Sachs.

Otto Polák (Böhmisch-Brod). *Die Therapie des Erysipels mit Antidiphtherieserum.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 47.)

Verf. glaubt im Diphtherieserum, wenn in hohen Dosen, 3 bis 5000 I. E., gegeben, ein spezifisches Heilmittel gegen Erysipel gefunden zu haben und führt einige Krankengeschichten, darunter auch ein hochgradiges Säuglingserysipel, als Beweis an.

Ferdinand Sachs.

Hans Pollitzer (Wien). *Über chronischen Gelenkrheumatismus mit Drüsenschwellungen und Milztumor (Typus Still-Chauffard).* (Med. Klinik, 1914, Nr. 39.)

Das Bild des chronischen Gelenkrheumatismus, teils in Verbindung mit nervösen Symptomen, teils mit Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, spielt bei französischen und englischen Autoren von jeher eine große Rolle. Still und Chauffard haben als erste gleichzeitig das Syndrom des chronischen Gelenkrheumatismus mit Drüsenschwellungen und Milztumor in den Vordergrund ihrer Betrachtungen gestellt, ersterer bei Kindern, letzterer bei Erwachsenen. In Deutschland veröffentlichte Koeppe (im Jahrbuch. Ref.) einen Fall von „Stillscher Krankheit". Diese Autoren lehnen eine Beziehung der Drüsenschwellungen und damit des ganzen Krankheitsbildes zur Tuberkulose auf Grund histologischer und bakteriologischer Drüsenuntersuchungen ab.

Pollitzer teilt die ausführlichen Krankengeschichten zweier Fälle vom Typus Still-Chauffard mit. Zwei Mädchen, 24 und 26 Jahre alt, waren im Laufe mehrerer Jahre an chronischen Entzündungen und Versteifungen fast sämtlicher Finger- und Zehengelenke und vieler großer Gelenke erkrankt. Hand in Hand damit ging eine Anschwellung fast aller palpablen Lymphdrüsen. An den Gelenken zeigten die Röntgenbilder rein arthritische Veränderungen ohne Destruktionserscheinungen. Bemerkenswert und neu gegenüber früheren Publikationen war, daß sich in einem Falle drei linsengroße Destruktionsherde in Hand- und Fußwurzelknochen nachweisen ließen. Tuberkulinreaktion und histologische Untersuchung

einer Drüse konnten auch in den beiden mitgeteilten Fällen keine Beziehungen zur Tuberkulose mit Sicherheit nachweisen.

Um so bemerkenswerter ist ein dritter Fall, den Verf. mitteilt. Ein 23jähriger Mann suchte wegen Knochen- und Gelenkserkrankungen die Klinik auf. Es handelte sich um das typische Bild der Spina ventosa an fast allen Fingern und Zehen, daneben um Verdickung einiger Fingergelenke. Das Röntgenbild wies eindeutig die tuberkulöse Natur der Knochenerkrankungen nach. Dabei waren nun fast alle Drüsen analog der beiden ersten Fälle verändert. P i r q u e t sche Reaktion, Herdreaktion und die mikroskopische Drüsenuntersuchung bestätigten die tuberkulöse Natur des ganzen Krankheitsbildes. Anamnestisch ist nun wichtig, daß die Krankheit im 15. Jahre mit Anschwellung zahlreicher Gelenke und Drüsen begonnen hat und sich erst allmählich die typischen tuberkulösen Knochenveränderungen entwickelten.

Verf. glaubt nun aus dieser Beobachtung den Schluß ziehen zu dürfen, daß ein Zusammenhang zwischen dem chronischen Gelenkrheumatismus mit Drüsen- und Milzschwellung und der Tuberkulose nicht ganz von der Hand zu weisen sei und daß es sich vielleicht, in Analogie zu der serösen Pleuritis, um einen metatuberkulösen Prozeß handeln könne. F e r d i n a n d S a c h s.

Kreuter (Erlangen). *Über einige praktisch wichtige Gesichtspunkte in der Tetanusfrage.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 40.)

Verf. bespricht in seinem Vortrage im allgemeinen bekannte Dinge und es sei daher nur einzelnes hervorgehoben. Die Prophylaxe ist von allergrößter Bedeutung. Bei verdächtigen Wunden hat man lokal für Vereinfachung der Wundverhältnisse, Beseitigung aller Buchten und guten Abfluß des Wundsekretes Sorge zu tragen. Subkutane Seruminjektion, nicht unter 100 A. E., vor Ausbruch aller Erscheinungen, ist, wenn irgend möglich, sofort vorzunehmen. Dauer des Impfschutzes etwa 2 Wochen. Die Hauptmasse des an der Wundstelle erzeugten Giftes wird durch die Nerven nach den Vorderhornzellen des Rückenmarkes fortgeleitet und dort fest verankert. Die Giftleitung geht außerordentlich rasch vor sich. Ein kleiner Teil des Toxins geht in Blut, Liquor und Lymphflüssigkeit über. Unter den Initialerscheinungen seien besonders die Schluckbeschwerden hervorgehoben, die bei einer Verletzung und negativem Rachenbefund stets an Tetanus denken lassen müssen. Eine milde Form des Wundstarrkrampfes ist der lokale Tetanus, bei dem alle Erscheinungen auf den verletzten Körperteil beschränkt bleiben. Für die Prognose ist die Inkubationsdauer von größter Bedeutung. Fälle unter 8 bis 10 Tagen sind äußerst ungünstig zu beurteilen.

Die Behandlung ist eine lokale und allgemeine. Wegen der raschen Giftleitung ist Entfernung des primären Herdes durch Amputation des betreffenden Gliedes ohne besonderen Nutzen. Örtliche Serumeinspritzungen haben aus dem gleichen Grunde nicht mehr Zweck, als an irgend einer anderen Stelle vorgenommene. Trockenserum als Streupulver ist ebenfalls ziemlich nutzlos. Die allgemeine

Therapie hat in erster Linie in reichlichen und öfter wiederholten intravenösen und besonders intralumbalen Seruminjektionen zu bestehen, erstere zur Paralysierung des im Blute kreisenden Giftes, letztere, um eine weitere Verankerung im Rückenmarke zu verhindern. Zur intralumbalen Injektion ist der Starre wegen meist Narkose nötig. Neben der Serumbehandlung ist zur Bekämpfung der Krämpfe und Verhütung der daraus entstehenden Erschöpfung Morphium und Chloralhydrat zu geben. Magnesiumsulfatbehandlung hält Verf. zwar für aussichtsreich, aber einstweilen noch für zu gefährlich. (Inzwischen sind darüber viele Erfahrungen gesammelt worden. Da man gelernt hat, richtig zu dosieren und im Chlorkalzium ein sicheres Mittel zur sofortigen Aufhebung der Magnesiumsulfatwirkung besitzt, hat sich die Methode Meltzer-Auer wohl allgemein eingebürgert. D. Ref.) Die Karbolbehandlung wird ganz abgelehnt. Ferdinand Sachs.

W. Jehn (Zürich). *Die Behandlung schwerster Atmungskrämpfe beim Tetanus durch doppelseitige Phrenikotomie.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 40.)

Ein 8jähriger Junge wird mit schwerem Tetanus und bedrohlichen Erstickungsanfällen in die chirurgische Klinik eingeliefert. Da wegen der Starre des Brustkorbes und des Spasmus des Zwerchfelles künstliche Atmung unmöglich war, wegen des Atemstillstandes eine Narkose durch Inhalation nicht zu erzielen war, da Magnesiumsulfatwirkung zu lange auf sich hätte warten lassen, wurde im Zustand höchster Bedrohung doppelseitige Phrenikotomie vorgenommen. Denn die Lähmung des Zwerchfelles bildete die Voraussetzung für erfolgreiche künstliche Atmung. Diese wurde dann mit dem Überdruckapparat durch abwechselndes Aufsetzen und Abnehmen der Maske erreicht. 35 schwerste Erstickungsanfälle konnten auf diese Weise überwunden werden. Ausgang in Heilung. Die doppelseitige Durchtrennung des Phrenikus hatte keine nennenswerte Belästigung in bezug auf Atmung, Expektoration und Kreislauf zur Folge.

Ferdinand Sachs.

Hochhaus (Köln). *Erfahrungen über die Behandlung des Tetanus.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 46.)

Seine Erfahrungen über die Therapie des Wundstarrkrampfes, die er an 46 Kriegsteilnehmern gesammelt hat, faßt Hochhaus ungefähr wie folgt zusammen: Eine Amputation, auch vor Ausbruch des Tetanus, gewährt keinen Schutz vor der Erkrankung und ist daher nicht zu empfehlen. Tetanusserum wurde mehrere Tage hintereinander injiziert, jedesmal 100 A. E., die erste Dosis intralumbal, die folgenden meist subkutan. Ein wirklich durchschlagender Erfolg wurde nicht erzielt. Die schweren Fälle sind trotz rechtzeitiger Serumbehandlung alle gestorben. Bei den übrigen Kranken muß die Möglichkeit einer Beeinflussung des Krankheitsprozesses zugelassen werden. Nach der intralumbalen Injektion trat öfter eine meningitische Reizung auf, was dem Karbolgehalte des Serums zugeschrieben

wird. Symptomatisch wurde Magnesiumsulfat angewandt, und zwar subkutan, da die ersten drei intralumbal behandelten Patienten kurze Stillstände der Respiration bekamen. In 24 Stunden wurden gewöhnlich 100 cm³ einer 25%igen Lösung, später auch 60 bis 80 cm³ einer 40%igen Lösung unter die Haut gespritzt. Es trat eine langsam einsetzende und ziemlich lange anhaltende sedative Wirkung ein. Nachteile der Behandlungsmethode waren öfter Abszeßbildung und regelmäßig große Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle, so daß Verf. bald dazu überging, vor jeder Magnesiumsulfatinjektion eine Morphiumspritze zu geben. Die Phenolbehandlung ist unsicher und nicht zu empfehlen. Im übrigen wird auf zweckmäßige Allgemeinbehandlung (Ruhe, Ernährung usw.) hingewiesen.

Ferdinand Sachs.

Kreuter (Erlangen). *Bericht über 31 Tetanusfälle nach Kriegsverletzungen, einheitlich intraspinal und intravenös mit Serum behandelt.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 46.)

Verf. weist zunächst auf die Wichtigkeit der Schluckbeschwerden und der lokalen Rigidität respektive Krämpfe als Frühsymptome des Tetanus hin. Sämtliche Kranke wurden mit Serum behandelt. Sobald die geringsten tetanischen Erscheinungen sich offenbarten, wurde die Serumbehandlung eingeleitet. Bei langer Inkubationszeit und leichteren Symptomen bloß intravenös, bei bedrohlichen Anzeichen und kurzer Inkubation sofort auch intralumbal. Es wurden durchschnittlich während 8 bis 16 Tagen 1300 bis 2400 A. E. injiziert, davon 200 bis 600 intralumbal, die übrigen intravenös. Es gelang auf diese Weise, die Sterblichkeit ganz erheblich herabzudrücken. Die Gesamtmortalität, welche ohne Serum 78·9%, mit Serum 57·7 bis 62·1% beträgt, sank bei der Methode des Verfs. auf 35·5%. Die Sterblichkeit bis zu 10 Tagen Inkubation von 78·9% auf 64·3%, bei mehr als 10 Tagen Inkubation von 37% auf 12·2%. Amputation, auch solche vor Ausbruch der Erscheinungen, hält Kreuter für völlig zwecklos.

Ferdinand Sachs.

Eduard Müller (Marburg). *Einige Ratschläge für die Behandlung des Wundstarrkrampfes.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 46.)

Müller legt, wie die vorigen Autoren, großen Wert auf die frühzeitige Erkennung des Tetanus. Besonders zu achten ist auf den „lokalen Tetanus" und auf gewisse Allgemeinsymptome, wie Neigung zum Schwitzen, Stuhlverstopfung, Dysurie und Schlafstörung. Bei der Behandlung ist für möglichste körperliche und geistige Ruhe des Patienten zu sorgen mit strengster Fernhaltung aller starken und rasch einsetzenden sensiblen Reize. Das beste Linderungsmittel sind die heißen Bäder, die leider nicht genug gewürdigt werden. Als Arzneimittel ist das Luminalnatrium, 0·2 bis 0·4 g subkutan gegeben, allen anderen Narkotika vorzuziehen. Zur Wundbehandlung wird die von Weintraud eingeführte H_2O_2-Therapie empfohlen, als Ortizonstäbchen, Berieselung, Sauerstoffbäder. (Nach neueren Untersuchungen beruht die günstige Wirkung der Wasserstoffsuperoxydpräparate

aber nicht auf einer bis jetzt angenommenen Schädigung der anaëroben Tetanusbazillen durch die Sauerstoffwirkung, sondern auf der mechanischen Reinigung der meist zerklüfteten Wunde und Buchten durch den entstandenen Schaum. D. Ref.) Von der Magnesiumsulfattherapie und der Serumbehandlung hat Verf. sichere Erfolge nicht gesehen. Er rät, das Serum nach Möglichkeit prophylaktisch zu geben. Schließlich wird der Tracheotomie energisch das Wort geredet in allen Fällen, wo Erstickungsgefahr vorliegt, da diese nicht immer nur durch einen Krampf der Interkostalmuskeln und des Zwerchfelles bedingt ist, sondern auch oft durch Spasmen der Larynx- und Pharynxmuskulatur. Ferdinand Sachs.

Walter Usener (Göttingen). *Indikationen für die subkutane Magnesiumsulfattherapie des Tetanus traumaticus.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 48.)

Das Magnesiumsulfat ist, subkutan verwendet, ein ausgezeichnetes, die tetanische Übererregbarkeit und die Krämpfe herabsetzendes Mittel. Als solches ist es besonders berufen zur Bekämpfung der lebensgefährlichen Schluck- und Atmungsspasmen, zur Überwindung der Konsumptionsgefahr und der Asphyxie und zur Herabsetzung der Zahl und Intensität der Krämpfe. Als symptomatisches Mittel rechtfertigt es nur unter besonders günstig gestalteten klinischen Verhältnissen die sehr gefährliche intralumbale Applikation, deren Wirkungsdauer eine ebenfalls beschränkte ist. Die Anwendung erfolgt beim Kinde in 20 bis 25%iger, beim Erwachsenen in 40 bis 50%iger Lösung. Die Injektionen müssen suprafaszial gemacht werden, nachdem man sich zuvor durch Kochsalzlösung von der Richtigkeit der Lage der Kanüle überzeugt hat. Die Einzeldosis beträgt 0·15 bis 0·2 pro 1 kg Körpergewicht. In leichten Fällen genügt eine einzelne Injektion, in schwereren müssen 3 bis 4 in 2stündlichen Intervallen täglich gegeben werden. Ferdinand Sachs.

Georg Dreyfus und **Waldemar Unger** (Frankfurt a. M.). *Die kombinierte Antitoxinüberschwemmungs- und Narkosetherapie des Tetanus.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 51 und 52.)

Wie aus der Überschrift hervorgeht, haben Verff. allen Tetanuskranken reichlich Serum gegeben, und zwar gleichzeitig intralumbal, intravenös und, wenn möglich, endoneural. Nebenher ging eine ausgiebige Verabreichung von Narkotizis. Magnesiumsulfat intramuskulär und Luminalnatrium, besonders auch die Kombination beider Mittel, hat sich ihnen am besten bewährt. Die Erfolge sind relativ gute.
Ferdinand Sachs.

E. Feer (Zürich). *Über das Wesen und über die Infektionsverhältnisse des Keuchhustens.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 20.)

Feer faßt den Keuchhusten, wohl in Übereinstimmung mit dem größten Teil der Ärzte, als eine spezifische Infektionskrankheit auf. Hierfür spricht das Auftreten von Epidemien in abgeschlossenen Ländern, die sich mit Sicherheit auf einen bestimmten Fall zurück-

führen lassen, das Eintreten einer ausgesprochenen Immunität und der Blutbefund, eine beträchtliche Lymphozytose, die bei einer gewöhnlichen Grippe nie gefunden wird. Dem Nervensystem und der Psyche ist ein erheblicher Einfluß auf Charakter und Schwere der Erkrankung zuzuerkennen. Die Auffassung aber, daß es sich beim Keuchhusten um eine einfache Imitationsneurose handle, ist sicher falsch. Dafür spricht schon außer anderen Argumenten die große Beteiligung des Säuglingsalters, in dem man der Psyche noch keinen allzu großen Einfluß auf das körperliche Verhalten zubilligen darf. Die Behauptung Czernys, eine Übertragung von Pertussis durch ein im Bett gehaltenes Kind auf nebenliegende Patienten sei ausgeschlossen, läßt sich vielleicht durch die Tatsache erklären, daß die Ansteckung meist im katarrhalischen Stadium stattfindet und daß vieles dafür spricht, daß im Stadium convulsivum eine Übertragung nicht mehr oder nur ganz selten erfolgt. Im katarrhalischen Stadium aber kommen die Patienten nur ganz selten in Spitalbehandlung.

Ferdinand Sachs.

Erwin Popper (Wien). *Über Pertussis.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 26.)

Der Keuchhusten ist eine akute Infektionskrankheit und durch einen spezifischen Erreger hervorgerufen. Vieles spricht dafür, daß er etwa mit den Masern in Parallele zu setzen ist. Wie bei diesem, ist auch beim Keuchhusten im akuten Stadium meist eine Herabsetzung der Tuberkulinempfindlichkeit zu konstatieren. Das eigentliche infektiöse Stadium dauert gewöhnlich 5 bis 6 Wochen. Ihm folgt häufig ein über kurze oder längere Zeit sich erstreckendes nervöses oder psychisches Stadium, ebenfalls mit typischen Anfällen. Diese sind aber meist durch Suggestion völlig und rasch zu beseitigen, im Gegensatz zu den Attacken des ersten Abschnittes, die nur bei besonders nervös veranlagten Kindern einer gewissen Besserung zugängig sind. Als bestes symptomatisches Mittel des ersten Stadiums hat sich Verf. das Papaverin bewährt. Er verordnet: Papaverin Roche 0·2—0·3 : 100, zweistündlich einen Kinderlöffel voll. Im zweiten, dem psychischen Stadium, führt eine Suggestivbehandlung, am besten der faradische Strom, rasch und sicher zum Ziel.

Ferdinand Sachs.

Rudolf Neurath, Privatdozent (Wien). *Versuche über allergische Reaktion mit dem Bordet-Gengouschen Keuchhusten-Endotoxin.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 43.)

Nach einem besonderen, von Bordet und Gengou seit kurzem angegebenen Verfahren stellte sich Verf. ein Keuchhusten-Endotoxin her. Seine Untersuchungen ergaben das Resultat, daß eine kutane Reaktion mit dem Endotoxin nicht zu erzielen ist, daß aber die intrakutane Applikation sowohl bei Keuchhustenkranken wie bei pertussisfreien Kindern noch bei starken Verdünnungen eine deutliche Reaktion gibt. Vorläufig ist also dieses Endotoxin zu diagnostischen Zwecken nicht zu gebrauchen.

Ferdinand Sachs.

W. Löhr (Duisburg). *Zur Behandlung des Keuchhustens durch intramuskuläre Injektionen von Hydrochininum hydrochloricum.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 45.)

Verf. hat nach den Angaben Lenzmanns keuchhustenkranken Kindern Hydrochin. muriat. in 10%iger Lösung intramuskulär injiziert und will gute Resultate erzielt haben. Damit das Heer der Keuchhustenmittel um eines vermehrt werde, kommt das neue Heilmittel unter dem Namen „Tussalvin" in den Handel. Nach den Erfahrungen des Ref. ist der Erfolg mit Hydrochin. muriat. keineswegs so eindeutig, wie ihn Verf. hinstellt. Die Injektionen sind sehr schmerzhaft, daher ein sehr wirksames psychisches Mittel im zweiten; der Suggestion gut zugänglichen Stadium.

Ferdinand Sachs.

Gustav Singer (Wien). *Die Dysenterie.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 44.)

Aus dem Vortrage seien einige Punkte herausgegriffen, die besonders wichtig erscheinen. Die Giftwirkung des Shigakruse-bazillus macht sich besonders am Herzen bemerkbar, ähnlich wie bei der Diphtherie.

Als bedeutsamer objektiver Befund ist die palpatorisch nachweisbare Verdickung und Schmerzhaftigkeit des Dickdarmes anzusehen. Rezidive sind nicht ganz selten. Unter den Komplikationen sind Rheumatismus, Neuralgien, metastatische Prozesse des Auges und der Leber hervorzuheben. Für die Diagnose ist natürlich der Bazillennachweis wichtig, während der Agglutination weniger Bedeutung zukommt. Großen Wert legt Verf. auf die rektoskopische Untersuchung, die die typischen Veränderungen der Dickdarmschleimhaut direkt sichtbar macht. Die Therapie hat erstens die Intoxikation und dann die lokalen Darmaffektionen zu bekämpfen. Dem ersteren Zwecke dient die Serumtherapie, die besonders das Fieber und das subjektive Befinden günstig beeinflußt. Die erkrankte Darmschleimhaut wird durch Abführmittel und dann durch Darmspülungen von Giften und Zersetzungsprodukten befreit. Den Tenesmus bekämpft man am besten durch Einführen eines fingerdicken Drains, der den Sphinkterkrampf beseitigt und dauernden Sekretabfluß ermöglicht. Lokale Wärme und kühle Sitzbäder sind alterprobte Mittel. Opium ist wegen der Erzeugung einer Dauerkontraktion des Sphincter ileocolicus und distaler Darmabschnitte kontraindiziert oder höchstens in Verbindung mit Belladonna gestattet. Die hervorragende Wirkung von Bolus alba und Tierkohle durch Adsorption von Toxinen und wahrscheinlich auch Unschädlichmachung der Bakterienleiber ist allgemein anerkannt.

Ferdinand Sachs.

L. Jacob (Würzburg). *Bemerkungen zur Behandlung und bakteriologischen Diagnose des Typhus abdominalis.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 47.)

Verf. empfiehlt warm die von Moritz eingeführte Pyramidonbehandlung des Typhus, 2stündlich 0·1, die nicht eine völlige Unter-

drückung des Fiebers, sondern ein gleichmäßiges Neutralisieren der toxischen Wirkung der Infektion bezweckt. Zur bakteriologischen Diagnose sind da, wo das Material nicht verschickt werden braucht, Galleagarplatten den Gallenröhrchen vorzuziehen, weil man damit wesentlich rascher ein positives Resultat erhält.

Ferdinand Sachs.

Ernst Romberg (München). *Die Behandlung des Unterleibstyphus.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 38.)

Eine ausreichende, ja reichliche Ernährung ist, im Gegensatz zu früheren Anschauungen, von besonderer Wichtigkeit. Verf. hält bei Erwachsenen 40 bis 50 Kalorien pro Kilogramm für wünschenswert und erreicht diese durch 2 bis 3 l Milch und Sahne, 4 bis 5 Eier, Zucker, Mehl, gewiegtes Fleisch. Auch gegen eingeweichten Zwieback und durchgetriebenes grünes Gemüse bestehen keine Bedenken. Durch genügende Ernährung wird oft dem bedrohlichen Nachlassen des Kreislaufes vorgebeugt. Bei Darmblutungen als Nahrung einen Tag lang nur Eismilch, Opium, wenn nötig Kochsalzinfusion. Bei Peritonitis ist möglichst rasch zu operieren. Auf ausreichende Mundpflege wird hingewiesen. Die Wasserbehandlung wird nicht mehr, wie früher, zur Herabdrückung der Temperatur angewandt, sondern nur dann, wenn starke Benommenheit oder Lungenkomplikationen sie erwünscht machen. Bei schwachem Herzen wird Digitalis in kleinen Dosen empfohlen. (Die rechtzeitige und ausreichende Digitalisierung des Typhuskranken wird in letzter Zeit von vielen Seiten betont und hat sich auch Ref. nützlich erwiesen, ebenso Pyramidon zur Bekämpfung der Benommenheit an Stelle der Wasserprozeduren.)

Ferdinand Sachs.

Emil Prašek (Serajewo). *Subkutane Infusionen fünfprozentiger Kochsalzlösung als Therapie der Cholera asiatica.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 50.)

Verf. hat in Przemysl eine große Anzahl Cholerakranker auf diese Weise behandelt und die Mortalität von 50 bis 60% bei unbehandelten Fällen auf 18 bis 20% herabgedrückt. Er infundierte 2- bis 3mal ½ l der Flüssigkeit unter die Bauchhaut und konnte jedesmal eine baldige Besserung von Puls, Zyanose, Krämpfen und Durchfällen feststellen. Ferdinand Sachs.

L. Unger (Wien). *Die Ätiologie der Variolavakzine und die neueren Forschungen über den Pockenerreger.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 13.)

Klinische Vorlesung. Im Original nachzulesen.

Ferdinand Sachs.

Tuberkulose.

G. Liebermeister (Düren). *Zur Frage der sekundären Tuberkulose* (Med. Klinik, 1914, Nr. 1.)

Nach längerer Polemik gegen die Arbeiten anderer Autoren faßt Liebermeister die Resultate seiner Forschungen über das Vorkommen von Tuberkelbazillen im strömenden Blute wie folgt zusammen: Aus dem Blute Tuberkulöser kann man mittels Antiformin als auch durch den Tierversuch sehr häufig Tuberkelbazillen nachweisen, durch die erste Methode häufiger als durch die zweite. Die Untersuchungen fallen um so eher positiv aus, je weiter vorgeschritten die Krankheit ist. Eine Verwechslung mit säurefesten Zerfallsprodukten aus dem Blute liegt nicht vor. Auch der Einwurf, daß es sich um Fütterungsbazillen handeln könne, ist von der Hand zu weisen. Die positiven Befunde bei verschiedenen rheumatischen Erkrankungen und bei Asthenikern (Tuberkuloseverdächtigen ohne nachweisbaren Befund) können zur Klärung der ätiologischen Fragen herangezogen werden und finden in der meist stark positiven Tuberkulinreaktion eine Stütze. Ferdinand Sachs.

Wilhelm Gölz (Tübingen). *Über den Wert der Symptome bei Bronchialdrüsentuberkulose.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 5.)

Verf. bespricht an der Hand eines Materials von 68 sicheren Bronchialdrüsentuberkulosen, meist Kinder zwischen 5 und 12 Jahren, die einzelnen für die Krankheit als charakteristisch angesehenen Symptome und fügt eigene Beobachtungen hinzu.

1. Die Anamnese wies meist hereditäre Belastung auf.

2. Das Allgemeinbefinden ist meist gestört, die Kinder sind blaß, mager, appetitlos. Husten mit und ohne Auswurf, auch ohne nachweisbare Bronchitis kommt vor, ist aber keineswegs regelmäßig zu finden. Der vielbeschriebene krampfhafte Reizhusten konnte nur zweimal festgestellt werden.

3. Fieber war nur selten vorhanden und dann ohne regelmäßigen Typus. Manche Patienten bekamen in größeren Zeitabschnitten stärkere Fieberanfälle, ohne daß sonst eine Ursache hierfür aufzufinden war. Diese Temperaturschwankungen rechnet Verf. zu den sichersten Zeichen der Bronchialdrüsentuberkulose.

4. Zwei Drittel der Kinder wiesen Zeichen der Skrofulose auf.

5. Indirekte Fernsymptome, entstanden durch etwaigen Druck auf Nerven und Gefäße, waren in keinem Falle mit Sicherheit zu notieren.

6. Perkutorisch wurde bei fast allen Kindern eine leichte Schallverkürzung oder ein vermehrtes Resistenzgefühl über den Spitzen, seltener auch im Interskapularraum, gefunden. Dies wird als das sicherste Zeichen für eine Affektion der Bronchialdrüsen angesehen. Die Dämpfung entsteht, wie dies Röntgenaufnahmen und Sektion bewiesen, nicht etwa durch Infiltration der genannten Lungenpartien, sondern ist bedingt durch eine direkte Kompression des Lungen-

gewebes durch die vergrößerten Drüsen oder durch einen Druck auf Bronchien und Gefäße mit anschließender Atelektasenbildung.

7. Von ganz besonderer Bedeutung und auch fast immer anzutreffen ist eine deutliche Schallverkürzung über dem oberen Teile des Sternums und zu dessen beiden Seiten, meist rechts, die wohl teilweise auch auf kollabiertes Lungengewebe, zum großen Teil aber auf direkte Perkussion der vergrößerten Bronchialdrüsen zurückzuführen ist.

8. In 53 Fällen fand sich eine Dämpfung des 3. und 4. Brustwirbels, die bei normalen Kindern nie zu konstatieren war.

9. Rasselgeräusche, Giemen und Brummen wurden nicht selten verzeichnet. Beim Fehlen von Infiltrationen sind sie auf mechanische und toxische Reize der Drüsen zurückzuführen.

10. Das d'E s p i n e sche Zeichen, die Bronchophonie der Wirbelsäule, war 46mal positiv, doch fand Verf. bei normalen älteren Kindern die Grenze der Bronchophonie um 1 bis 2 Wirbel tiefer als von d'E s p i n e angegeben.

11. Röntgenologisch wurden in der Mehrzahl der Fälle zu beiden Seiten, besonders rechts vom Mittelschatten, deutliche streifenförmige oder runde, fleckenförmige Schatten beobachtet, die sich nicht als physiologische Hiluszeichnung auffassen ließen.

12. Über Diazo- und P i r q u e t-Reaktion kann Verf. kein sicheres Urteil fällen, da die Kinder meist ambulant zur Beobachtung kamen und mit verdünntem Tuberkulin gearbeitet wurde, so daß unverhältnismäßig viel negative Resultate zu verzeichnen waren.

F e r d i n a n d S a c h s.

Theodor Fröhlich. *Untersuchungen über Tuberkulose bei Volksschulkindern in Kristiania.* (Norsk Mag. f. Laegevidensk., 1914, Bd. LXXV, S. 137.)

Von 4388 Schülern der ersten Klasse der Volksschulen in Kristiania wurden 2900 (66·1%) pirquetisiert und auch klinisch untersucht. Von diesen 2900 Kindern reagierten 83·8% positiv auf Tuberkulin; von den Knaben 85·6%, von den Mädchen 81·7%. Die untersuchten Kinder waren im Alter von 6 bis 9 Jahren. Zwischen 6 bis 7 Jahren reagierten 81·4% positiv, zwischen 8 bis 9 Jahren 85·9%. Von den positiv reagierenden Kindern fand man bei 75·3% eine positive Reaktion sowohl auf humanes wie bovines Tuberkulin.

Die klinische Untersuchung konstatierte eine wahrscheinliche Tuberkulose bei 51·5% der positiv reagierenden Kinder; in 44·7% der Fälle eine Halsdrüsentuberkulose, in 15·2% eine wahrscheinliche Bronchialdrüsentuberkulose, in 4·3% eine Tuberkulose der Augen, Knochen, Gelenken oder Haut.

26·7% der positiv reagierenden Kinder waren unterernährt, von den nicht reagierenden nur 10%.

Die tuberkulöse Injektion zeigte sich am häufigsten unter Kindern aus Distrikten der Stadt, wo die Wohnungsverhältnisse wenig hygienische waren. 4·8% der Kinder stammten aus Familien, in denen einer oder mehrere Fälle von Tuberkulose existierten, 48·4%

lebten in Wohnungen, in denen während der letzten 4 bis 5 Jahre zirka 1400 tuberkulöse Menschen gewohnt hatten, in einigen Mietskasernen bis zu 7 bis 8 tuberkulöse Individuen. Der Verf. hebt diese große Gelegenheit zur Infektion der Kinder vor dem schulpflichtigen Alter hervor. Karl Looft.

Karl Ernst Ranke (München). *Zur Diagnose der kindlichen Tuberkulose.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 40.)

Fortbildungsvortrag, zum Referat ungeeignet.

Ferdinand Sachs.

W. Keppler und **F. Erkes** (Berlin). *Die diagnostische Bedeutung der Tuberkulinherdreaktion bei unklaren Hüftgelenkserkrankungen.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 28.)

Verff. haben in der Herdreaktion ein sehr brauchbares, differentialdiagnostisch wertvolles Mittel gefunden. Bei unklaren Hüftgelenksaffektionen injizierten sie, wenn Allgemeinzustand, Temperatur- sowie Herz- und Lungenbefund des Patienten es zuließen, 1 oder 3 oder 5 mg Alttuberkulin, je nachdem sie bei der schwächeren Dosis eine Reaktion erhielten oder nicht. Eine Herdreaktion wurde dann notiert, wenn sich an der zu untersuchenden Hüfte die Zeichen einer akuten Entzündung einstellten, besonders Schmerzen und Einschränkung der Beweglichkeit. Die Reaktion trat gewöhnlich 6 bis 12 Stunden post injectionem auf und dauerte 1 bis 2 Tage. Die positiv reagierenden Fälle erwiesen sich im Verlaufe der Erkrankung sämtlich als tuberkulös, die negativ reagierenden, soweit sie einer späteren Kontrolle zugänglich, alle als nicht tuberkulösen Ursprungs.

Ferdinand Sachs.

Erich Müller (Rummelsburg). *Die Tuberkulose im Kindesalter, ihre Behandlung und Prophylaxe.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 3.)

Klinischer Vortrag. Die Pirquetsche Kutanreaktion hat uns die Gewißheit gebracht, daß die Tuberkulose im Kindesalter erworben wird. Nach Hamburger ist im ersten Lebenshalbjahr die Pirquetsche Reaktion in 0% positiv, im zwölften Lebensjahre aber in 95%. Das bedeutet also, daß in der Zwischenzeit fast alle Kinder einmal mit dem Tuberkelbazillus in Reaktion getreten sind. Die Infektion erfolgt in 90 bis 95% durch die Lungen, nur der Rest nimmt das Virus durch die Nahrung und durch die sogenannte Schmutzinfektion auf. In fast allen Fällen ließen sich bei einer Tbc-Affektion der Bronchialdrüsen die zugehörigen, wenn auch noch so kleinen, primären Lungenherde finden. Diese Erstinfektion verläuft meist ohne greifbare klinische Symptome. Verf. ist aber geneigt, manche unklare, fieberhafte Grippeerkrankung oder die im Kindesalter so häufigen Störungen des Allgemeinbefindens, Appetitmangel, Blässe usw. mit dieser erstmaligen Haftung des Kochschen Bazillus im kindlichen Organismus in Zusammenhang zu bringen. Er schildert dann die einzelnen Etappen des Kindesalters und die diesen eigenen Erscheinungsformen der Tuberkulose, primärer Lungenherd

im Säuglingsalter, im daran anschließenden Zeitraum die eigentlichen „Bronchialdrüsentuberkulosen", die sekundären Drüsen- und Knochenherde im Spielalter. Die Skrofulose faßt er, wie wohl heute die meisten Pädiater, als eine sich auf dem Boden der exsudativen Diathese entwickelte Tuberkulose auf. Um einzelnes herauszugreifen, sei gesagt, daß Verf. die Phlyktäne, im Gegensatze zu Czerny, der Tuberkulose zurechnet respektive solche bei reiner exsudativer Diathese ohne Tbc. nicht anerkennt. Die Drüsenschwellungen sind bazillärer Natur. Die leicht reizbaren, exsudativen Schleimhäute lassen die Tuberkelbazillen leicht durchpassieren und so oft reichlich auf dem Lymphwege in die Drüsen gelangen. Zu den Ausführungen des Verfs. über die Therapie sei bemerkt, daß die antikatarrhalische Wirksamkeit der Guajakolpräparate nicht mehr allgemein anerkannt wird und daß seine Ablehnung der Tuberkulinbehandlung vielerseits auf Widerspruch stoßen dürfte. Heute, annähernd 2 Jahre nach seinem Vortrage, würde Verf. den Lobeshymnus auf das Friedmannsche Heilmittel auch unterlassen haben, da dieses wohl allgemein abgelehnt wurde. Der Forderung aber, nach dem Vorbilde Rolliers auch bei uns an geeigneten Plätzen die Sonnenbehandlung der Tuberkulose zu versuchen respektive zu erweitern, ist voll und ganz zuzustimmen. Ferdinand Sachs.

Kühlmann (Straßburg i. E.). *Über die Röntgenbehandlung der tuberkulösen Lymphdrüsen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 31, S. 1569.)

Kühlmann hat bei lange (4 bis 6 Monate) fortgesetzter Röntgenbestrahlung tuberkulöser Drüsen sowohl bei der hyperplastischen Form der Drüsentuberkulose als auch bei vereiterten Drüsen, Ulzerationen und Fisteln sehr gute Resultate gesehen.
Nagel-Hoffmann (Berlin-Treptow).

J. Oehler (Freiburg i. B.). *Zur Röntgentiefentherapie bei chirurgischen Krankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der chirurgischen Tuberkulose.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 40.)

Verf. teilt die Erfahrungen mit, die an der chirurgischen Klinik in Freiburg über die Strahlentherapie gesammelt wurden. Den Kinderarzt interessieren davon am meisten die Behandlung und ihre Erfolge bei Knochen- und Drüsentuberkulose. Die Resultate waren im allgemeinen ausgezeichnete. Bei den tuberkulösen Lymphomen ist die Bestrahlung jeder anderen Therapie überlegen. Die großen Drüsenpakete schwellen anfangs meist akut an, um sich dann im Verlauf weniger Wochen in einzelne kleine, verschiebliche Drüsen aufzulösen und bald bis auf kleinste, ganz harte Reste ganz zu verschwinden. Am besten reagieren die hyperplastischen Lymphome, je mehr Verkäsung und Induration eingetreten ist, um so langsamer die Wirkung. Abszesse und Sequester werden chirurgisch in Angriff genommen. Fisteln und Mischinfektion verschwinden unter der Strahlenbehandlung bald. Die Möglichkeit der ambulanten Behandlung und das Fehlen von Narben bilden einen weiteren Vorteil der Röntgenthe-

rapie. Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke, besonders der kleinen, kommt unter der Tiefenwirkung gefilterter Strahlen rasch zur Ausheilung. Zuerst schwinden die Schmerzen und die Funktion kehrt wieder, der Allgemeinzustand hebt sich.

Der Rückgang der lokalen Veränderungen dauert etwas länger, läßt sich dann aber sehr schön am Röntgenbild nachweisen. Die Strahlentherapie wird gewöhnlich unterstützt durch Allgemeinbehandlung: Sonne, Solbäder, Schmierseifenbäder, orthopädische Apparate und zweckmäßige Ernährung. Schädigungen irgend welcher Art sind bis jetzt nicht entstanden. Bei Kindern erfordert die Bestrahlung der langen Röhrenknochen einige Vorsicht, um Wachstumsstörungen zu vermeiden. Es kommen nur hochgefilterte Strahlen zur Anwendung, die eine gleichmäßige Tiefenwirkung und sicheren Hautschutz gewährleisten. Ferdinand Sachs.

Treplin (Sahlenburg bei Cuxhaven). *Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose an der See.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 18.)

Vortrag, gehalten auf dem 35. Balneologenkongresse Hamburg.

Die glänzenden Resultate Rolliers in Leysin drängen die Frage auf, ob man überhaupt berechtigt ist, die chirurgischen Tuberkulosen der Kinder anderswo als im Hochgebirge zu behandeln. Die Erfolge einer genügend langen Kur in einem gut eingerichteten Seehospital sind nach der Meinung des Verfs. aber nicht minder gute. Zu fordern ist aber unbedingt eine unbegrenzte Kurdauer, ein Punkt, der eines der Geheimnisse der Rollierschen Erfolge bildet.

Das Seeklima übt rasch eine günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden aus. Der lebhaften Luftbewegung ist die außerordentliche Steigerung des Appetits zuzuschreiben. Die Zunahme des Hämoglobingehaltes, nach 4 Wochen schon im Durchschnitt um 8 bis 12%, ist an einem großen Material erwiesen. Nicht ohne Bedeutung sind die geringen Temperaturschwankungen und die fast völlige Keimfreiheit der Luft. Mit dem Hauptheilfaktor, der intensiven Belichtung im Sommer und Winter, übertrifft das Hochgebirge unstreitig die See, aber immerhin herrscht dort auch bedeutend größere Lichtfülle als auf dem flachen Binnenlande, bedingt durch den Reflex des Lichtes vom Meere und durch die absolut größere Zahl von Sonnentagen. Der Gehalt der Seeluft an Salzen und eine darauf zurückzuführende Wirkung ist ein althergebrachter Irrtum. Die Erfolge der Seebehandlung bei den Vorstufen der Tuberkulose, nämlich Skrofulose, Bronchialdrüsen-Tbc. und chronischer Bronchitis, sind durchweg gute und hinreichend bekannt. Bei geschlossenen Lungentuberkulosen hat Verf. durch strenge Liegekur an der Nordsee ausgezeichnete Resultate erzielt, ebenso bei einseitiger offener unter Zuhilfenahme des Pneumothorax. Doppelseitige offene Lungentuberkulosen werden stets abgewiesen.

Als Beweis für die günstige Wirkung des Meeres auf die eigentlichen chirurgischen Tuberkulosen teilt Verf. mit, daß er bei Spondylitis und Koxitis 72 respektive 75% Heilung bei 4jähriger Kontrolle erzielt habe. Ferdinand Sachs.

Breiger (Berlin). *Welche Aussicht hat die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit künstlichem Licht?* (Med. Klinik, 1914, Nr. 26.)

Zur örtlichen Behandlung tuberkulöser Prozesse eignet sich am besten das Kohlenbogenlicht, anfänglich blau, später weiß. Nicht minder wichtig als die lokale Therapie ist aber die Allgemeinbehandlung mit Licht. Hier erzielt man mit den ultravioletten Strahlen der Quarzlampe die besten Erfolge. Ferdinand Sachs.

Bernhard Scholz (Frankfurt a. M.). *Über Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkuloseheilmittel.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 23.)

Nach den Erfahrungen des Verfs. an einem größeren Krankenmaterial kommt dem Friedmannschen Mittel eine spezifische Heilwirkung der Tuberkulose gegenüber nicht zu. Dabei sind die Injektionen in verschiedener Hinsicht direkt gefährlich und selbst in Fällen ohne direkte Schädigung für den Kranken häufig von recht lästigen Erscheinungen gefolgt. Vor weiterer Anwendung des Mittels ist daher dringend zu warnen. Ferdinand Sachs.

A. Strauß (Barmen). *Weiterer Beitrag (Anleitung) zur Behandlung der Haut- und chirurgischen Tuberkulose mit Lekutyl (Lezithinkupfer).* (Med. Klinik, 1914, Nr. 2.)

Aufbauend auf den experimentellen Ergebnissen der Prof. Gräfin v. Linden unterwirft Strauß Schleimhaut-, Haut- und Knochentuberkulose einer spezifischen örtlichen und allgemeinen Behandlung mit seinem „Lekutyl", einer Salbe, die zimtsaures Kupfer mit Lezithin (1½% Cu-Gehalt) und zur Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit 10% Zycloform enthält. Die Salbe wird mittels Kompressen oder Tampons auf die erkrankten Haut- und Schleimhautpartien aufgetragen, Knochen- und Gelenkhöhlen und Fisteln werden mit der Salbe wie mit einer Plombe ausgefüllt. Nebenher geht eine Inunktionskur, analog der Hg-Schmierkur. Außerdem wird Lekutyl innerlich als Pillen verabreicht. Bisher wurden zirka 130 Kranke behandelt, die Erfolge sollen gute sein. Genaue Beschreibung mit Abbildungen eines Falles von Lupus und Koxitis.

Ferdinand Sachs.

Syphilis.

Hans Much (Hamburg). *Über Lues.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 19.)

Vortrag, gehalten auf dem Balneologenkongreß in Hamburg.

Die Luetinreaktion ist spezifisch, der Ausdruck einer Immunkörperbildung. Sie zeigt ebenso wie die Tuberkulinreaktion an, daß der Körper irgendwann einmal mit dem Krankheitserreger in Berührung gekommen ist. Im Gegensatze dazu ist die Wassermannsche Reaktion ganz unspezifisch. Neuere Versuche vom Verf. und Embden zusammen mit Fränkel und Mahlo geben eine Aufklärung über ihr Wesen.

1. Setzt man zu Wassermannscher Reaktion negativem Serum bestimmte Eiweißendprodukte in kleinsten Verdünnungen hinzu, so wird das Serum positiv, die Eiweißendprodukte allein geben keine Reaktion, selbst in starker Mengenzusammensetzung.

2. Im Abderhaldenschen Versuch tritt positive Wassermannsche Reaktion entweder im Schlauch oder im Dialysat auf, sobald bestimmte Eiweißendprodukte durch den Abbau entstehen.

3. Durch Einspritzung von Thyrosin werden Tiere Wassermannscher Reaktion positiv.

4. Alkaptonuriker zeigen kommend und gehend positive Wassermannsche Reaktion. Durch Verabreichung von Thyrosin wird eine negative Wassermannsche Reaktion bei ihnen positiv.

5. Nach einem besonderen Verfahren geben Wassermannsche Reaktion positive Sera Ninhydrinreaktion, Wassermannsche Reaktion negative nicht oder nur selten.

Die Wassermannsche Reaktion ist also auf das Vorhandensein gewisser Eiweißendprodukte zurückzuführen, die einer Gewebsschädigung ihre Entstehung verdanken. Die Luetinreaktion sagt also aus, daß irgend einmal Lues vorgelegen hat, die positive Wassermannsche Reaktion, daß im Augenblicke eine Einwirkung des Luesgiftes vorliegt, die zu Gewebsverfall geführt hat. Die Therapie muß daher erstreben, die Wassermannsche Reaktion negativ zu machen bei Erhaltenbleiben einer positiven Luetinreaktion.

Ferdinand Sachs.

J. K. Friedjung (Wien). *Fortschritte in der klinischen Diagnostik (Physionomik) und Theorie der hereditären Syphilis.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 32.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Physionomik der Erbsyphilitiker und stellt 3 Typen von latenter Lues auf mit folgender Charakteristika:

1. Säuglinge des ersten Halbjahres. Die Kopfform (Schädel und Gesicht) hat Kugelgestalt, da der Schädel der meist untergewichtigen Früchte bei der Geburt nicht deformiert wird, Hyperostosen noch fehlen und die Weichteile des Gesichtes infolge spezifischer Infiltration meist der feineren Details beraubt sind. Die hellkaffeebraune Gesichtsfarbe, Kubitaldrüsen und manchmal Schnüffeln sowie Milz- und Lebertumor vollenden das Bild.

2. Kinder von $^3/_4$ bis zirka 2 Jahren. Hydrozephalus, hyperostotische Auflagerungen am Schädel, eventuell Caput natiforme, gelbliche Blässe, Rachitis, Stulpnase, radiäre Lippennarben, Kubitaldrüsen, Milz- und Lebertumor.

3. Kinder vom 8. Jahr aufwärts. Das Gesicht hat die Form eines gleichschenkligen Dreiecks (bedingt durch die breite Stirn mit den großen Tubera frontalia, die Flachheit des Oberkiefers, die schmalen Lippen). Die Kinder sind blaß, schlecht genährt, in der Entwicklung zurück, haben auch Lippennarben und Kubitaldrüsen, aber nur selten Hutchinson-Zähne.

Auf einen vierten Typus weist Verf., allerdings mit Reserve, hin, nämlich schlecht gedeihende (leider die Ammen oft wechselnde) Brustkinder mit verdächtiger Anamnese, ohne für Lues charakteristische Merkmale mit Ausnahme von Kubitaldrüsen. In der zweiten Hälfte seines Aufsatzes bespricht Verf. die Theorien der Vererbung und kommt zu einer Ablehnung des Colles schen Gesetzes.

Ferdinand Sachs.

F. Glaser (Berlin-Schöneberg). *Syphilis haemorrhagica hereditaria oder Säuglings-Raynaud?* (Med. Klinik, 1914, Nr. 27.)

Zusammenfassung: Bei einem 11 Monate alten hereditär syphilitischen Kinde, das an typischer Raynaudscher Krankheit litt, wurden monatelang vor Auftreten der eigentlichen vasomotorischen Symptome ausgedehnte, zum Teil symmetrische Hautsugillationen beobachtet, die als vasomotorische Purpura anzusprechen sind. Es lag demnach eine äußerst seltene Kombination von ausgedehnten Hautblutungen und darauffolgenden vasomotorisch-zirkulatorischen Störungen in Form eines Asphyxie locale symmétrique vor, die ihre Erklärung in länger oder kürzer dauernden Venenkrämpfen finden.

Ferdinand Sachs.

Zirkulationsapparat.

E. Stadler (Plauen). *Über Endocarditis lenta.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 13.)

Verf. teilt die sehr anschauliche Krankengeschichte eines jungen Mädchens mit Endocarditis lenta mit und bespricht dann eingehend den klinischen Verlauf, Differentialdiagnose, Therapie und photologische Anatomie dieser noch vielen Ärzten nicht geläufigen Erkrankung. Der von Schottmüller entdeckte Krankheitserreger, der Streptococcus viridans, unterscheidet sich, abgesehen von seinen kulturellen Eigentümlichkeiten, in zwei Punkten von dem ihm nahe verwandten Streptococcus vulgaris, die auch der Verlaufsweise der Krankheit ihr charakteristisches Gepräge geben. Der Streptococcus viridans geht im strömenden Blute rasch durch die Bakterizide des Serums zugrunde, findet sich daher nur dort im Blute, wo er gleichzeitig einen günstigen Nährboden zum Haften hat. Und dies sind die verrukösen Klappenveränderungen alter Vitien. Die Endocarditis lenta entsteht nach Ansicht ihres Entdeckers also nur auf dem Boden eines alten Herzfehlers. Außerdem ist die toxische Wirkung des Streptococcus viridans viel geringer als die anderer Eitererreger. Daher einerseits der subakute Verlauf der Krankheit mit oft wenig gestörtem Allgemeinbefinden des Patienten und anderseits die meist nur mechanische Wirkung der Kokken durch Embolie ohne die der gewöhnlichen Sepsis eigene Einschmelzung und Zerstörung der befallenen Gebiete. Das oft gut kompensierte Herz wird plötzlich geschwächt durch Embolisierung einer Kranz-

arterie und anschließende Veränderungen des Herzmuskels. Die oft plötzlich einsetzende und meist schmerzhafte Vergrößerung der Milz ist weniger auf septische Veränderungen als auf einen Infarkt zurückzuführen. In der Haut treten embolische Prozesse auf, die rasch wieder verschwinden, ohne zu vereitern. Infarkte der Lunge sind selten, da das linke Herz gewöhnlich Sitz der alten Klappenveränderungen und mithin der Viridanskokken ist. Auch in den Nieren, die klinisch meist das Bild der hämorrhagischen Nephritis, aber ohne die entsprechenden Funktionsstörungen, aufweisen, handelt es sich um Herderkrankungen durch Infarkte, besonders der Malpighischen Körperchen, ohne diffuse Beteiligung des Parenchyms. Den Abschluß der Krankheit führt in der Mehrzahl der Fälle ein embolischer Prozeß im Zerebrum herbei. Der wenn auch geringen, aber schließlich doch nicht ganz fehlenden Giftwirkung der Kokken sind die anfangs mäßigen, später stärker remittierenden Temperaturen, die Anämie und die Lungenerscheinungen zuzuschreiben. Die Eingangspforte für die Erreger bilden in den meisten Fällen der Respirationstraktus und die weiblichen Genitalien.

Die Prognose ist infaust, da die Therapie ziemlich machtlos. Heilsera und Vakzination haben nach Ansicht des Verf. ebenso versagt wie die Chemotherapie. Ferdinand Sachs.

Edgar Reye (Eppendorf). *Zur Ätiologie der Endocarditis verrucosa.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 51 und 52.)

Die Auffassung über die Ätiologie der verrukösen Endokarditis ist heute noch keine einheitliche. Die mykotische Natur dieser Krankheit wird noch nicht von allen Autoren anerkannt. Die meisten nehmen an, daß die Herzklappenerkrankung durch infektiöse oder toxische Stoffe erzeugt wird. Verf. hat 23 Fälle von Endocarditis verrucosa untersucht, bei denen sich die pathologisch-anatomische Hauptdiagnose auf frische Polyarthritis rheumatica, chronische Herzleiden, chronische Tuberkulose, tertiäre Lues, chronische Nephritis, Pneumonie und Karzinom verteilte. Das Leichenblut war in allen Fällen steril. Bei der histologischen Untersuchung gelang es ausnahmslos, in den endokarditischen Auflagerungen grampositive, ovoide, meist in Form von Diplokokken gelagerte, oft verschieden große Kokken nachzuweisen. Die Anzahl der gefundenen Keime war im Gegensatz zu der malignen Endokarditis außerordentlich spärlich. Der gefundene Kokkus wies alle von Schottmüller für den Streptococcus viridans als charakteristisch angegebenen Merkmale auf. Es glückte, die in den Klappen gefundenen Keime weiter zu züchten. Bei einigen Kaninchen gelang es, durch intravenöse Injektion einer Bouillonkultur verruköse Klappenaffektionen zu erzeugen, in denen sich wieder mikroskopisch der genannte Kokkus auffinden ließ. Die Infektion gelang aber nur bei relativ großer Dosis des infektiösen Materials und bei Tieren, deren Widerstandsfähigkeit auf irgend eine Weise etwas geschwächt war (z. B. durch gleichzeitige Krätze). Verf. kommt daher zu dem Schlusse, daß die Endocarditis verrucosa stets eine bakterielle Erkrankung ist und daß kein prin-

zipieller, sondern nur ein gradueller Unterschied zwischen der verrukösen Endokarditis und der Endocarditis lenta (Schottmüller) besteht. Gelangt der Streptococcus viridans in die Blutbahn, so hängt es von dem Grade der Virulenz und der Anzahl der Keime sowie von der Widerstandsfähigkeit des betreffenden Individuums ab, ob er sich an den Klappen ansiedeln kann oder vorher zugrunde geht. Die Tierversuche und das pathologisch-anatomische Material (Häufigkeit der Erkrankung bei kachektischen Kranken — Tuberkulose, Karzinom usw.) sprechen dafür. Die Polyarthritis rheumatica scheint besonders günstige Bedingungen für die Ansiedlung der Kokken zu schaffen. In den schwersten Fällen, in denen sich zum Unterschied von der Endocarditis verrucosa die Keime auch im Blute nachweisen lassen, kommt es zum Bilde der Endocarditis lenta.

Ferdinand Sachs.

P. Rohmer (Marburg). *Zur Kenntnis des Asthma cardiale beim Kinde. Nebst einem pathologisch-anatomischen Beitrag von L. Jores.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 43.)

Da dem Asthma cardiale gewöhnlich Arteriosklerose zugrunde liegt, ist dieses beim Kinde naturgenmäß selten. Verf. teilt daher Krankengeschichte und Sektionsprotokoll eines 6jährigen Mädchens mit. Es handelte sich um einen dekompensierten Herzfehler mit ausgedehnten Stauungserscheinungen, welcher durch die Behandlung kompensiert worden war. Nach länger (zirka 4 Wochen) dauerndem, völligem Wohlbefinden setzte ganz plötzlich und ohne Vorboten eine schwere Dyspnöe ein, welche bei anfänglich negativem sonstigem Befunde mehrere Tage anhielt und schließlich unter Lungenödem zum Tode führte. Die Obduktion ergab neben Stauungsorganen Hydroperikard, Hypertrophie und Dilatation des Herzens, Endocarditis fibrosa der Mitralis, Vergrößerung und Starre der rechten Lunge, geringes Lungenödem. Mikroskopisch findet sich in der rechten Lunge in den Alveolargängen eine homogene, fädige Substanz, die als geronnenes Eiweiß gedeutet wird. Zum Schlusse weist Verf. besonders auf den Unterschied im klinischen Bilde und der Pathologie zwischen diesem typischen Asthma cardiale und der gewöhnlichen dauernden kardialen Dyspnöe des inkompensierten Herzfehlers hin.

Ferdinand Sachs.

Respirationsorgane.

Lommel (Jena). *Über chronische Bronchitis und Bronchiolitis.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 27.)

Ätiologisch ist die primäre Bronchitis ohne wesentliche Beteiligung anderer Organe von der sekundären Form zu trennen, die im Anschluß an Erkrankungen des Zirkulationsapparates oder andere Lungenaffektionen entsteht. Außer exogenen Krankheitsursachen kommen auch konstitutionelle Faktoren in Betracht, z. B. exsudative

Diathese der kleinen Kinder. Aus dem farbenreichen Bilde der chronischen Bronchitis werden einige eigenartige Formen herausgegriffen. Bei der sogenannten Stauung bronchitis handelt es sich meist gar nicht um echte Entzündung. In der Bronchialschleimhaut findet sich keine Kernvermehrung und Leukozytenansammlung. Ähnlich verhält es sich beim Bronchialkatarrh des Emphysems. Beiden gemeinsam ist auch der reichliche Gehalt des Sputums an Herzfehlerzellen und der trockene Charakter des Katarrhs. Besonders beachtenswert ist die Bronchitis an einer umschriebenen Stelle der Lunge. Wenn Tbc. auszuschließen ist, handelt es sich manchmal um Druckerscheinungen geschwollener, nicht tuberkulöser Lymphdrüsen auf Bronchien und Lymphwege. Viel häufiger sind zirkumskripte Bronchitiden als Begleiterscheinungen der Bronchiektasie und Bronchiolektasie. Letztere findet man öfter bei kleinen Kindern im Anschluß an chronische Influenzabronchopneumonien. Die Ektasien der größeren Bronchien, begleitet von chronischer Bronchitis, findet man häufig als Folge von Masern- und Keuchhustenpneumonien und Pleuritiden. Ob die Entstehung dieser Ektasien auf Schrumpfungprozesse der Pleura (Fr. Müller) oder Stenosierung einzelner Bronchien durch Abknickung oder Bronchiolitis obliterans (A. M. Engel, Hart) zurückzuführen ist, bleibt noch unentschieden.

Der fibrinösen oder plastischen Bronchitis, die sich klinisch in eine gefährlichere akute und in eine milde chronische Form scheidet und durch Aushusten eines verästelten Gerinnsels ausgezeichnet ist, liegt vermutlich eine Sekretionsneurose zugrunde, ähnlich wie bei der Colitis mucosa. Weitere Bronchitisformen chronischer Art sind die Bronchoblennorrhöe und die Bronchitis pituitosa. Beide sind streng auseinander zu halten. Die erstere mit der reichlichen Expektoration eines dünnflüssigen Eiters beruht auf einer Atrophie der Bronchialschleimhaut, letztere ist eine nervös bedingte Sekretionsstörung. Das massenhafte Sekret bei dieser Erkrankung hat ein niedriges spezifisches Gewicht, enthält wenig Zellen und nur Spuren von Eiweiß, im Gegensatz zu dem klinisch oft ähnlichen Lungenödem. Therapeutisch kommen bei der chronischen Bronchitis in Betracht: feuchte und besonders auch trockene Inhalation, endobronchiale Einspritzungen, Unterdruckatmung, Atemgymnastik. Trockene Bronchitiden schickt man in das feuchte Klima südlicher Küsten, für sekretreiche ist das trockene Höhen- oder Wüstenklima vorzuziehen. Bei letzteren und besonders in Verbindung mit den Bronchiektasen hat sich die bekannte Singersche Durstkur bewährt. Über die Kollapstherapie bei Bronchialerweiterungen ist ein sicheres Urteil noch nicht zu fällen. Ferdinand Sachs.

Winter (Bad Reichenhall). *Ist es gerechtfertigt, als Ursache des bronchial-asthmatischen Anfalles eine Verengerung der feineren Luftwege, sei es in Form eines Bronchospasmas, sei es in Form von Schleimhautschwellung, anzunehmen?* (Med. Klinik, 1914, Nr. 31.)

Die Tatsache der Überventilation der Lunge im Beginne des asthmatischen Anfalles, die Aussage vieler Patienten, daß die Ein-

atmung eine viel größere Anstrengung erfordere als die Ausatmung und die diese Aussage bestätigende Körperhaltung der Kranken bei Beginn des Anfalles lassen eine Stenosierung der Luftwege unwahrscheinlich erscheinen. Da die ursächliche Beteiligung des Vagus beim Bronchialasthma erwiesen ist und außer der Bronchialmuskulatur als Erfolgsorgan dieses Nervs nur noch die Gefäßhaut in Betracht kommt, so muß dieser nach Ansicht des Verfs. eine maßgebende Rolle in der Pathogenese der Erkrankung zufallen. Hierfür sprechen auch die verschiedensten klinischen Beobachtungen. Wenn es nun kaum einem Zweifel unterliegt, daß im asthmatischen Anfalle primär, als Folge einer Vagusreizung, Veränderungen an den Lungengefäßen auftreten, so muß doch zugegeben werden, daß es bei dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse nicht gelingt, den geschlossenen Nachweis der Abhängigkeit der Dyspnöe von den Gefäßstörungen zu erbringen. Ferdinand Sachs.

Blut und blutbildende Organe.

H. Hirschfeld (Berlin). *Über frühzeitige Erkennung und moderne Behandlung der Blutkrankheiten.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 2.)

Im ersten Teile seines Vortrages weist Verf. auf die Symptome hin, die an eine eventuelle Erkrankung des Blutes denken lassen und daher zur speziellen Blutuntersuchung Veranlassung geben. Blässe der Haut und Schleimhäute bedeutet nicht ohneweiters Anämie, sie kann auf wenig dichtes Gefäßnetz in der Haut, vasomotorische Einflüsse u. a. zurückgeführt werden. Umgekehrt ist auch bei rosiger Hautfarbe eine Anämie nicht ausgeschlossen. Bei abnorm rotem Hautkolorit muß auf eine Polyzythämie gefahndet werden, bei Gelbfärbung auf hämolytischen Ikterus. Milztumor bei beiden Erkrankungen gewöhnlich vorhanden. Die Differentialdiagnose zwischen hämolytischem und Stauungsikterus kann durch die Resistenzprüfung der roten Blutkörperchen gesichert werden. Bei perniziöser Anämie ist die Haut meist stroh- oder zitronengelb. Ein wichtiges Symptom der Blutkrankheiten sind die Hautblutungen, die, wenn alimentäre oder infektiös-toxische Erkrankungen auszuschließen sind, auf schwere Anämien, Leukämien oder Hämophilie hinweisen. Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches müssen an perniziöse Anämie und Leukämie denken lassen (Hutchinsonsche Zunge, zerfallene leukämische Infiltrate), ebenso Magen- und Darmbeschwerden (Atrophie der Magenschleimhaut, leukämische Darminfiltrate). Das sinnfälligste Merkmal der Leukämien sind Lymphdrüsen- und Milzschwellung, doch können diese auch sehr geringfügig sein.

Bei fehlender Vermehrung der weißen Blutzellen ist an eine aleukämische Lymphadenose zu denken. Zur Sicherung der Diagnose bei den Granulationsgeschwülsten einschließlich der malignen Granuloms ist oft Probeexzision nötig. In der Therapie sind zu den alten

Mitteln Eisen, Arsen und Röntgenstrahlen noch Thorium, X und Benzol gekommen. Bei Bantischer Krankheit bildet die Milzexstirpation das souveräne Mittel. Auch bei hämolytischem Ikterus und perniziöser Anämie wurde sie mit Erfolg versucht.

Ferdinand Sachs.

Albert Herz (Wien). *Über Anämien.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 25.)

Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums. Ferdinand Sachs.

Innere Sekretion.

W. Schemensky (Jena-Frankfurt a. M). *Die Thyreoaplasie (kongenitales Myxödem) und ihre Therapie.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 30.)

Ausführliche Krankengeschichten zweier Fälle von Myxödem. Besprechung der Pathogenese, Differentialdiagnose und Therapie.

Ferdinand Sachs.

Verdauungstraktus.

P. Hertz. *Studier over den medfödte Pylorusstenose hos spaede börn.* (Studien über die angeborene Pylorusstenose bei Säuglingen.) (Verlag J. Lund, Kopenhagen, 1915.)

Den Studien liegt ein Material von 61 Fällen von angeborener Pylorusstenose (45 männlichen, 16 weiblichen Geschlechtes) zugrunde. Diese Zahl entspricht 2·7% aller in der 8jährigen Beobachtungszeit zur Krankenhausaufnahme gelangten unterjährigen Kinder. Die Symptome traten bei 24 Kindern in den ersten 2 bis 3 Wochen auf (in 10 Fällen dauerten sie „von Geburt an"). In 8 Fällen begann die Krankheit erst in einem Alter von 5 Wochen. Zwei von den Kranken waren Geschwister. In einer Reihe von Fällen, wo Versuche darüber gemacht wurden, zeigte sich die Retention ziemlich unabhängig von der Ernährung mit Brustmilch oder Kuhmilch. In einigen von den mit Buttermilch Behandelten war die Retention größer als bei Kindern, die mit Brustmilch oder gewöhnlichen Kuhmilchmischungen ernährt waren. Die Azidität des Mageninhaltes wechselte unter im übrigen ähnlichen Bedingungen in weiten Grenzen von dem einen zu dem andern Tag. Freie Salzsäure war zu gewissen Zeiten in allen darauf untersuchten Fällen zu konstatieren; im allgemeinen wurden die höchsten Zahlen bei Ernährung mit gewöhnlichen Milchmischungen und Buttermilch gefunden, bei Ernährung mit Brustmilch häufig vermißt. Bestimmungen nach einer Probemahlzeit mit Haferschleim zeigten in bezug auf die Azidität keinen Unterschied von denjenigen Verhältnissen, die man im allgemeinen im Säuglingsalter findet.

Alle Fälle sind intern behandelt. Mortalitätsprozent 20. Nach Abzug von 3 Fällen, von 2 moribund aufgenommen und der dritte wahrscheinlich einer komplizierenden hämorrhagischen Diathese erlagen, sinkt die Mortalität auf 14·8%. Bei den meisten Fällen dauerte die Krankheit 2 bis 3½, in einem sogar 5 Monate. Therapeutisch empfiehlt Verf. in erster Linie Brustnahrung in 8 bis 10 Mahlzeiten zu einer Menge von 50 bis 100 g pro Mahlzeit nebst vorsichtig aufgenommenen Magenausspülungen. Medikamentöse Mittel sind wenig versucht worden. Mit Duodenalsondierung und Tropfenlavement sind keine Versuche gemacht. Einem Kinde wurde intrarektal Frauenmilch gegeben; da indessen das Kind eine Enteritis akquirierte, sind weitere Versuche mit Nährklystieren nicht gemacht worden.

Von den einzelnen Fällen verdient folgender Fall wegen des überraschenden Verlaufes besondere Erwähnung. Am zweiten Tag nach der Geburt begann das Kind nach jeder Mahlzeit explosiv zu brechen. 5 Tage alt, wurde das Kind zum erstenmal untersucht. Es zeigte sich dann typische Magenperistaltik. Der Pylorus wurde als kleiner harter Tumor von der Größe einer Haselnuß palpiert. Typische Hungerstühle. 12 Tage dauerte der Zustand unverändert fort; ohne erkennbare Ursache verminderte sich dann plötzlich das Erbrechen und verschwand vollständig nach 2 Tagen. Zugleich verschwand der Pylorustumor. Dagegen konnte Magenperistaltik noch 2 Monate später wahrgenommen werden.

Nachuntersuchungen konnten in 42 Fällen vorgenommen werden. Das älteste Kind war bei dieser Gelegenheit 8 Jahre. Die meisten standen im Alter von 1 bis 3 Jahren. Nur ein einziges Kind hatte nach dem Überstehen der Krankheit Magenstörungen aufgewiesen.

Schließlich teilt Verf. eine übrigens wenig eingehende Untersuchung über die Mägen von 70 totgeborenen oder in den ersten Stunden gestorbenen Neugeborenen mit. Das vom Ref. bei den Säuglingsmägen beschriebene Pylorusmundstück hat Verf. in keinem der darauf untersuchten Mägen konstatieren können. Hier vermißt der Ref. ein besonderes Achtgeben darauf, daß die Untersuchungen des Verfs. ausschließlich auf Mägen von dazu zum größten Teil nicht ausgetragenen Neugeborenen gemacht worden sind, während die Wernstedtschen Untersuchungen von Mägen von Kindern stammen, die im mehr weniger weit vorgerückten Säuglingsalter standen. Die Schlüsse, die aus den Beobachtungen des Verfs. zu ziehen wären, sind bei dieser Sachlage, daß beim Fötus oder neugeborenen Kinde das Pylorusmundstück fehlt beziehungsweise sich noch nicht ausdifferentiiert hat. Dabei ist allerdings vorausgesetzt, daß die Untersuchungen über allen Zweifel der Zuverlässigkeit gehoben sind. Dies scheint leider nicht der Fall zu sein. Wenn nämlich Verf. weiter sagt, daß er auch in keinem Falle hat konstatieren können, daß die stenosierte Partie der stenosierten Mägen die Form des Pylorusmundstückes gezeigt hat beziehungsweise die Stenose sich darauf beschränkt, wenn aus allen Fällen aber, wo die Länge dieser Partie längs des Serosarandes der kleinen und der großen Kurvatur angegeben ist, ebenso wie aus der beigegebenen Repro-

duktion eines durchgeschnittenen stenosierten Magens deutlich zu sehen ist, daß die stenosierte Partie eben die charakteristische Form und Größe des Pylorusmundstückes aufwiesen, muß man sich fragen, ob auch die faktischen Verhältnisse bei den untersuchten Fötusmägen in einem ähnlichen Gegensatz zu den Behauptungen des Verfs. stehen. Leider ist in der bis über die Hälfte ihres Inhaltes mit Journalauszügen und Protokollen reichlich ausgefüllten Arbeit doch kein Protokoll zu finden, das irgend eine objektive Antwort auf diese Frage gestattet.

Was die Frage der Hypertrophie anbelangt, führen die Untersuchungen des Verfs. dahin, daß eine wirkliche, keine scheinbare Hypertrophie vorliegt, und zwar eine Hypertrophie, die sich nicht auf die stenosierte Partie beschränkt, sondern sich auf den ganzen Magen erstreckt. In seiner Auffassung der Pathogenese schließt sich Verf. denjenigen an, die die wesentliche Ursache der Stenose in einem Spasmus finden. In der zurzeit wohl unlösbaren Frage, ob die begleitende Hypertrophie als primär oder sekundär (Arbeitshypertrophie) anzusehen ist, neigt Verf. zu der Auffassung, daß die Hypertrophie primär entsteht. Wernstedt (Malmö).

Urogenitalsystem.

Th. Janowski (Kiew). *Über die funktionelle Diagnostik der Nierenkrankheiten.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 6.)

Vortrag, gehalten auf dem IV. Kongreß russischer Internisten in Kiew. Zum Referat ungeeignet. Ferdinand Sachs.

F. Volhard (Mannheim). *Klinische Erfahrungen und Anschauungen über die Bright sche Nierenkrankheit.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 40.)

Vortrag, gehalten auf dem 35. Balneologenkongreß zu Hamburg. Zum Referat ungeeignet. Ferdinand Sachs.

E. Magnus-Alsleben (Würzburg). *Zur Entstehung der Ödeme bei der Nephritis.* (Münchener med. Wochenschrift, 1914, Nr. 38.)

Verf. teilt einen Wasserversuch bei einer Patientin mit akuter Nephritis mit. 1 l Tee, per os gegeben, wurde quantitativ retiniert, 800 cm^3 NaCl-Lösung, intravenös injiziert, wurden zum größten Teil binnen 5 Stunden ausgeschieden. Durch diesen Ausfall des Versuches ist bewiesen, daß keine Ausscheidungsunfähigkeit der Nieren vorliegt. Nur das intravenös eingeführte Wasser konnte sicher an die Nieren herankommen, das oral zugeführte war schon vorher irgendwo festgehalten. Nach der Lehre Volhards ist für eine extravaskuläre Wasserretention, das heißt also Ödembildung, eine Funktionsstörung der Kapillaren verantwortlich zu machen und nicht eine renal bedingte Kochsalzretention. Ferdinand Sachs.

Psychologie und Psychopathologie.

R. S. *Die Gefahren der psychoanalytischen Untersuchungsmethode für die Jugend.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., April 1914.)

Warnt vor der Anwendung der sogenannten psychoanalytischen Methode auf Kinder und Jugendliche wegen der schweren Schädigungen, welche für die heranwachsende Jugend und für das Erziehungswesen überhaupt von jener neuen Methode zu befürchten und zum Teil schon zu beklagen sind. Er nennt mit Prof. Stern die Jugendpsychoanalyse eine bewußte psychisch-sexuelle Infektion. Bloch.

Raecke (Frankfurt a. M.). *Geistesstörung und Kriminalität im Kindesalter.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 3.)

Sehr häufig findet man unter den Fürsorgezöglingen geistig Abnorme, deren Unterbringung in besonderen Anstalten von großer Wichtigkeit ist. Von den in den letzten 2 Jahren vom Verf. untersuchten Kindern hatten sich ungefähr drei Fünftel des Diebstahls und Einbrechens schuldig gemacht, ein Fünftel ungefähr sexueller Vergehen, der Rest war durch Schulschwänzen, Herumtreiben, Tierquälerei usw. strafbar geworden. Bei der ersten Gruppe (den Eigentumsdelikten) waren es in der Hälfte der Fälle Imbezille, dann Epilepsie, Hysterie, Erscheinungen von Psychopathie. Bei einem Viertel war nichts Pathologisches nachweisbar, die Ursache des Deliktes war Verführung und Verwahrlosung. Hebephrenie war selten. Meist äußert sie sich in Änderung des motorischen Verhaltens, mit Affekt- und Willensstörungen. Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen tragen meist einen dem kindlichen Ideengang angepaßten Charakter (Gespenster, Märchenprinzessin). Sexuelle Vergehen verteilten sich ungefähr gleichmäßig auf verwahrloste Gesunde und psychisch Abnorme. Bei ersteren spielte die Verführung die Hauptrolle, bei letzteren ein krankhaftes Triebleben. Eigentliche Perversitäten fanden sich am häufigsten bei Hysterischen und Psychopathen.

Ferdinand Sachs.

Erziehung.

Friedrich W. Förster (München). *Heilpädagogik und Moralpädagogik.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Mai 1914.)

Eine durchgreifende und wahrhaft pädagogisch angewandte Disziplin bedeutet unendlich viel für Seele und Nerven junger Menschen. Pathologisch belastete und abnorme Jugend braucht aber einen besonders großen Spielraum an Freiheit. Jeder Erzieher kann aus der heilpädagogischen Erfahrung sehr viel für seine Arbeit gewinnen

Bloch.

r Lederer. *Der Gesetzentwurf über die Jugenderziehung.* (Zeit-hr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Mai 1914.)

Abänderungsvorschläge von seiten des Referenten des Ab-dnetenhauses Dr. Stölzel gegenüber den vom österreichischen renhaus bereits sanktionierten Gesetzentwürfen über die Fürsorge-ehung und das Jugendstrafrecht. Bloch.

pold Widenka (Teschen). *Die neue schlesische Landeserziehungs-nstalt in Teschen.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Mai 1914.)

Der Anstaltsdirektor selbst gibt ein treues Bild der schlesischen ıdeserziehungsanstalt. Betrachtet seine Zöglinge nicht als Korrek-ıäre oder Sträflinge, sondern als seine Schüler und er erntet auch ık von ihnen für seine Erziehungsmethode. Bloch.

Erkrankungen des Zentralnervensystems.

ert Hirsch. *Ein Fall von Pseudotetanus (Escherich).* (Monats-hr. f. Kinderheilk., Bd. XIII, 1915, Nr. 10.)

Der 1¾jährige Knabe ist plötzlich mit Trismus und allgemeiner derstarre erkrankt. Er macht anfänglich ganz den Eindruck s leichten Falles von echtem Tetanus. Einige Besonderheiten ch, so vor allem der völlig fieberlose Verlauf bei Fehlen jeglichen umas, der Ausgang in Heilung nach zirka 6 Wochen sowie das geringere Befallensein der oberen Extremitäten zwingen dazu, als typisches Beispiel jenes Krankheitsbildes aufzufassen, das cherich unter dem Namen Pseudotetanus beschrieben hat. Als onderheit, die sich auch in einem Falle von Witzinger leicht edeutet findet, kommt noch eine Eigenart des psychischen Ver-ens in der Rekonvaleszenz hinzu, die ihren Ausdruck in einer einbar willkürlichen Nachahmung der Krankheitssymptome im chluß an Affekte findet zu einem Zeitpunkte, in dem die eigent-e Krankheitsursache wohl schon in Wegfall gekommen ist. — die Fälle von Pseudotetanus nicht doch Abarten des echten Wund-ıkrampfes sind, läßt sich nur mit Wahrscheinlichkeit verneinen. Tierversuche zum Nachweis von Tetanustoxin oder Tetanus-ıtoxin im Serum des Patienten fielen auch in dem beschriebenen le negativ aus. Gegen die Auffassung Escherichs, daß es um einen Spezialfall der Tetanie handle, spricht das Fehlen der ischen Tetaniesymptome (mechanische und elektrische Über-gbarkeit, Fazialisphänomen, Trousseausches Phänomen) in meisten der Fälle. Nach Auffassung des Verfs. handelt es sich Wahrscheinlichkeit um eine toxische Krampfkrankheit, wobei toxische Virus in den verschiedenen Fällen verschiedener Art Herkunft sein kann und in dem beschriebenen Falle mit Wahr-einlichkeit zu einer vorausgegangenen Erkrankung der Tonsillen in

Beziehung zu bringen ist. Der ausführlich beschriebene psychische Einschlag im Verlauf der R konvaleszenz ist als „psychogener Rest" der Erkrankung im Sinne Hamburgers aufzufassen. (Abbildung des Falles.) Autoreferat.

Georg Lomer (Berlin). *Zur Kenntnis der Schriftstörung bei Chorea.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 24.)

Verf. teilt einen Fall von Hemichorea mit, bei dem als Frühsymptome eine deutliche Schriftveränderung nachzuweisen war, und empfiehlt die Handschriftanalyse in verdächtigen, noch ungeklärten Fällen. Ferdinand Sachs.

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

Brandes (Kiel). *Das Krankheitsbild der Osteochondritis deformans juvenilis.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 28.)

In den letzten Jahren wurde die juvenile Form der Arthritis deformans von diesem Krankheitsbilde abgetrennt und von Perthes als Osteochondritis deformans juvenilis bezeichnet. Es handelt sich meist um Kinder zwischen 3 und 15 Jahren. Die Krankheit tritt oft familiär auf. Die Anamnese ergibt, daß sich meist ganz allmählich, ohne Schmerzen, ein hinkender Gang und leichte Ermüdbarkeit eingestellt haben, zuweilen im Anschluß an ein Trauma. Das klinische Bild ist kurz folgendes: Leichte Atrophie des erkrankten Beines, Verkürzung des Beines um 1 bis 2 cm, völlige Aufhebung der Abduktion bei vollkommen freier Flexion und beschränkter Adduktion und Rotation. Trendelenburg positiv. Schmerzen bei Bewegung, Druck und Stauchung nicht vorhanden. Der Verlauf der Erkrankung ist ungeheuer chronisch und dauert meist einige Jahre. Die Erscheinungen bilden sich dann ganz allmählich wieder zurück ohne Ankylosenbildung, bis auf eine geringe Verkürzung und Atrophie. Das Röntgenbild zeigt im Beginne der Erkrankung nur ganz geringfügige Veränderungen. Später entwickeln sich subchondral gelegene Destruktionsherde des Schenkelkopfes, die dann auch den Gelenkknorpel und die Epiphysenlinie stellenweise mitergreifen. Die Pfanne scheint sich an diesen Vorgängen nicht zu beteiligen. Aus den Resten der Kopfepiphyse scheint sich später wieder ein in seiner Form abgeänderter Kopf zu bilden.

Die einzige bis jetzt vorliegende histologische Untersuchung (Perthes) konnte subchondrale Zerstörung des Knochens mit Knorpelneubildung im Innern der Spongiosa des Kopfes sowie eine Verbreiterung der mit Fettmark gefüllten Markräume der Spongiosa auf Kosten der Knochenbälkchen feststellen. Über die Ätiologie ist nichts Sicheres bekannt. Dem Trauma scheint eine gewisse Bedeutung zuzukommen. Die Differentialdiagnose hat Coxitis und Coxa vara zu berücksichtigen. Die Prognose Quoad functionem ist leidlich gut. Die Therapie muß sich auf allgemeine Maßnahmen beschränken,

da wir ein Mittel, welches das Fortschreiten des Prozesses hindern könnte, nicht besitzen. Ferdinand Sachs.

Haut.

Bodo Spiethoff (Jena). *Wesen und Behandlung der Schuppenflechte.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 45.)

Da die Psoriasis meist schon im Kindesalter auftritt, seien hier einige Punkte der obigen Abhandlung wiedergegeben. Im Gegensatz zu Unna, der in der Psoriasis nur eine besondere Erscheinungsform des Ekzems sieht, steht die Mehrzahl der Dermatologen auf dem Standpunkte, daß die Schuppenflechte eine selbständige Erkrankung sei. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten können das psoriasische Ekzem und das papulo-squamöse Syphilid bereiten. Die Ursache der Psoriasis ist noch unbekannt. Die parasitäre und die neurogene Ätiologie sind abzulehnen. Viele Autoren glauben eine Stoffwechselanomalie verantwortlich machen zu können. Neuere Untersuchungen haben festgestellt, daß durch die Schuppen große Mengen von Stickstoff ausgeschieden werden, daß Psoriatiker starke N-Retention aufweisen und daß stickstoffarme Kost einen sehr günstigen, N-reiche aber einen ungünstigen Einfluß auf den Ausschlag ausübt. In der Therapie sind diese Erfahrungen, besonders bei hartnäckigen Fällen, von großem Nutzen. Symptomatisch wertvolles, neueres Mittel sind die Röntgenstrahlen. Die Quarzlampe leistet nicht mehr als die alten, entzündungserregenden Mittel und bietet nur bei Abneigung gegen diese Vorteil. Ferdinand Sachs.

Auge.

P. Silfverskiöld. *Om ljusskygghet hos skrofulösa barn.* (Über die Lichtscheu bei skrofulösen Kinden.) (Hygiea, Bd. LXXVII, p. 641.)

Gegen die allgemeine Auffassung, daß der Blepharospasmus bei Kindern mit Conjunctivitis phlyctaenulosa als ein Reflexkrampf, ausgehend von den Nervenendigungen des Trigeminus, anzusehen ist, stellt Verf. seine Auffassung, daß kein Krampf vorliegt, sondern daß die Augenlider freiwillig geschlossen werden wegen der Lichtscheu, die von einer Erkrankung (Vergiftung) des Optikus hervorgerufen wird. Zur Stütze seiner Ansichten führt er unter anderem Beobachtungen an 145 skrofulösen Kindern mit Conjunctivitis phlyctaenulosa an. Erstens kommen bei einer ganzen Reihe von Fällen sogar schwere Formen dieser Konjunktivitis ohne eine Spur von Lichtscheu respektive Blepharospasmus vor. Manchmal war die Konjunktivitis einseitig, aber die Lichtscheu und das Augenschließen traten nicht auf dem affizierten Auge, sondern auf dem anderen ein. Manche von den skrofulösen Kindern, die keine Konjunktivitis

hatten, waren doch lichtscheu. Auch die Fälle von wirklicher Amblyopie bei Blepharospasmus bei skrofulösen Kindern spricht für eine Schädigung des Nervus opticus oder der Optikusbahnen. Schließlich spricht das Verhalten bei subkutanen Einspritzungen mit Tuberkulin dafür. In diesem Mittel sieht Verf. ein spezifisches Heilmittel für die meisten Fälle von Photophobie bei skrofulösen Kindern. Es zeigt sich hierbei, daß manchmal Lichtscheu respektive Blepharospasmus prompt schwindet, die Konjunktivitis aber in demselben Maße fortbesteht oder daß sogar neue Phlyktänen aufschießen, ohne daß der Blepharospasmus zurückkehrt. Wernstedt (Malmö).

Nase, Ohr, Kehlkopf.

W. Wernstedt. *Der infantile Larynxstridor (Stridor congenitus).* (Nord. Med. Arc., 1914, Afd. II, H. 1/4, Nr. 22.)

Verf. hatte Gelegenheit, ein Kind, das an angeborenem Larynxstridor litt und einem Keuchhusten erlag, klinisch und pathologisch-anatomisch zu untersuchen. Der Stridor war inspiratorisch gewöhnlich am deutlichsten in wachem Zustande, verschwand aber bemerkenswerterweise, wenn das Kind erregt wurde. Auch bei Zudecken der Nasenlöcher verminderte sich der Stridor, welche Beobachtung therapeutisch ausgenutzt wurde. Bei der Sektion konnte kaum von anomalen Verhältnissen des Larynx gesprochen werden. Vergleichende Untersuchungen und Messungen von 11 an anderen Krankheiten gestorbenen Kindern ergaben sowohl betreffs Konfiguration wie Masse des ganzen Larynx, des Larynxeinganges, der Stimmritze und des Aryknorpels normale Verhältnisse. Bei einigen älteren Kindern war die Masse sogar im allgemeinen kleiner als bei dem jüngeren Stridorkinde. Nur in frontodorsaler Richtung war der Kehlkopfeingang dieses Kindes enger als bei den Vergleichskindern. Allerdings war der Larynx in diesem Durchmesser so unbedeutend eingeengt, daß das Stenosegeräusch hierdurch kaum erklärt werden kann. Für das Zustandekommen desselben in diesem Falle muß eine funktionelle Anomalie des Larynx beim Respirationsakt angenommen werden. Der Fall steht also ziemlich vereinzelt den gewöhnlichen pathologisch-anatomischen Befunden gegenüber. Denn diese zeigen fast ohne Ausnahme eine deutliche, manchmal hochgradige Deformierung des Larynx, die, wie eine kritische Sichtung der Fälle lehrt, in zwei Haupttypen zerfallen: die schlitzförmige und die kreuzförmige Verengerung. Die Deformierung trifft in der Regel das Vestibulum, und Verf. ist geneigt, anzunehmen, daß das Geräusch im allgemeinen auch in den Fällen vestibulär ist, wo eine funktionelle Störung notwendig zu sein scheint, um die zur Erzeugung eines Stridors nötige Enge zu schaffen. Mit einer Vergrößerung der Thymus hat der infantile Larynxstridor nichts zu tun. In dem vom Verf. sezierten Falle wog die Thymus nur 12 g. In diesem Zusammenhange bespricht

Verf. die Frage der normalen Thymusgröße, gestützt auf Beobachtungen von 14 plötzlich gestorbenen in gutem Ernährungszustand befindlichen Kindern, wo die Thymus zwischen 21·6 und 57·1 g wog, tritt Verf. dafür ein, daß im Säuglingsalter wenigstens ein Thymusgewicht von 20 bis 30 g als normal zu betrachten ist.

Wernstedt (Malmö).

Chirurgie.

Baggerd (Posen). *Über den Luftröhrenschnitt.* (Med. Klinik. 1914. Nr. 3.)

Nach einem Rückblick auf die Geschichte der Tracheotomie bespricht Verf. die Indikation, die anatomischen Verhältnisse, die Technik der Operation und ihre Folgen. Die Frage, ob der Intubation oder der Tracheotomie der Vorzug zu geben ist, wird von den Kinderärzten meist anders beantwortet als von den Chirurgen. Der Ansicht des Verfs., dort lieber die Tracheotomie auszuführen, wo der Arzt nicht imstande ist, den Kranken dauernd zu überwachen, möchte Ref. ohneweiters beipflichten, nicht aber der Meinung, daß sich bestimmte Gesichtspunkte für die Wahl der Operation, ob Intubation oder Tracheotomie, überhaupt nicht aufstellen lassen. Die Frage der sekundären Tracheotomie am liegenden Tubus wird überhaupt nicht erörtert. Baggerd gibt der Tracheotomie superior wegen der oberflächlicheren Lage der Luftröhre und der geringeren Blutungsgefahr den Vorzug vor der unteren Tracheotomie. Für den etwas Geübten ist die Zurücklagerung des Isthmus der Schilddrüse nach Durchtrennung des Ligamentum thyreolaryngeum nicht allzu schwer. Den queren Hautschnitt, der kleinere Narben gibt, rät Verf. nur dort auszuführen, wo Zeit und unkomplizierte anatomische Verhältnisse vorhanden sind, da die Übersicht über das Operationsgebiet durch ihn geschmälert wird. An der Trachea selbst wendet er stets den Längsschnitt an, der quere Einschnitt zwischen 2 Trachealringen, der jetzt viele Anhänger gefunden hat, wird nicht erwähnt.

Ferdinand Sachs.

Orthopädie.

A. Schanz (Dresden). *Über Skoliosenbehandlung.* (Med. Klinik. 1914. Nr. 18.)

Bei der Skoliosenbehandlung ist zweierlei zu unterscheiden:

1. Der deformierende Prozeß muß zum Stillstande gebracht werden;

2. die vom deformierenden Prozeß jeweils erzeugte Deformität ist auszugleichen.

In der Behandlung der Deformität finden Messer und Meisel keine Anwendung. Auch mit Gymnastik ist nichts zu erreichen. Viele

Skoliosen heilen von selbst, allerdings nur solche leichten und leichtesten Grades. Für die schweren Mißbildungen kommt als einziges Mittel mechanischer Zug und Druck in Frage. Das Redressement im Gipsverband hat den Nachteil, daß nach Abnahme des Verbandes der deformierende Prozeß in viel schwererem Grade von neuem einsetzt und hochgradige Rezidive entstehen. Viel besser hat sich daher Verf. der portative Korrektionsapparat bewährt, wenn er richtig konstruiert und angepaßt ist. Für leichtere Fälle und als Unterstützung der Apparatbehandlung eignet sich sehr gut das Gipsbett.

Die Behandlung des deformierenden Prozesses hat die Beseitigung der Störung des Belastungsgleichgewichtes an der Wirbelsäule zum Ziele, was z. B. durch Berufswechsel erreicht werden kann. Außerdem sind durch ätiologische Therapie eine Rachitis, Osteomalazie, konsumierende Erkrankungen usw. in Angriff zu nehmen. Durch ein Stützkorsett ist die Tragarbeit der Wirbelsäule zu vermindern, durch Massage, Elektrizität und Wärmeapplikation die Tragkraft derselben zu heben. Die Gymnastik zur Kräftigung des Muskelkorsettes wird sonderbarerweise vom Verf. verworfen, ja sogar für schädlich gehalten, da sie in vielen Fällen den skoliosierenden Prozeß geradezu anregen soll. Mit dieser Ansicht dürfte Schanz vielerseits auf berechtigten Widerspruch stoßen und die Argumente, die er zur Rechtfertigung seiner Anschauung anführt, sind absolut unphysiologisch. Der Allgemeinbehandlung wird große Bedeutung in Form einer diätischen Therapie beigemessen. Die statische Minderwertigkeit der Wirbelsäule wird auf einen „Aschehunger" zurückgeführt und zu dessen Beseitigung eine pflanzliche Kost unter äußerster Einschränkung von Milch, Fleisch und Eiern verlangt. Da meist von Kindern die Rede ist, möchte Ref. doch auf die Wichtigkeit des Eiweißes für den wachsenden Organismus hinweisen und auf die warnenden Stimmen vieler unserer Stoffwechselautoritäten, z. B. v. Noorden, aufmerksam machen, die ganz und gar nicht mit der übermäßigen Eiweißbeschränkung einverstanden sind. Die Theorien, die Verf. über den Zusammenhang der Skoliose mit der Funktion der Schilddrüse und Hypophyse aufstellt, erscheinen doch sehr gewagt und dürften höchstens für die rachitischen Skoliosen einer Diskussion unterworfen werden. Ferdinand Sachs.

Mißbildungen.

Edmund Falk. *Zur Entwicklung der Halsrippen.* (Berliner klin. Wochenschr., 1915, Nr. 27.)

Nach der Theorie von Rosenberg findet normalerweise während der embryonalen Entwicklung eine regressive Umformung am Halsteil der Wirbelsäule statt, so daß ein ursprünglich im blastematösen Stadium als Brustwirbel angelegter Wirbel sich in einen Halswirbel umformt. Verf. bespricht die an diese Theorie, welche

vielfach bestritten wird, sich anschließende Literatur und zeigt dann an der Hand von Präparaten und mit Berufung auf seine Monographie über angeborene Wirbelsäulenverkrümmungen (Jena, 1914, bei Fischer), daß in einer gewissen Zahl von Fällen die Halsrippen darin ihre Erklärung finden, daß durch Änderung der Wachstumsrichtung bei Entstehung der Bogenanlage der Bogen des ersten Brustwirbels kranialwärts verschoben wird und mit der Wirbelanlage des siebenten Wirbels in Verbindung tritt. In der Mehrzahl der Fälle nehmen die Halsrippen ihren Ursprung an dem Kostalfortsatz eines siebenten Wirbels und sind entwicklungsgeschichtlich im Rosenbergschen Sinne als Stillstand auf einer frühzeitigen Entwicklungsstufe aufzufassen. Keller.

Hygiene und soziale Medizin.

Fritz Wahrendorf. *Wege zur Säuglingsfürsorge.* (Zeitschr. f. Säuglingsfürs., Bd. VII, H. 1/2.)

Stillpropaganda ist auf jede mögliche Weise zu treiben. Unter Benutzung der bestehenden Krankenkassen ist die obligatorische Mutterschaftsversicherung zu schaffen. Da schlechte soziale Verhältnisse immer noch die Grundursache der großen Säuglingssterblichkeit sind, müssen bedürftige stillende Mütter von der Kommune materiell unterstützt werden. Alle Ziehkinder, im weiteren Sinne genommen, sind ärztlich zu überwachen. Schließlich müssen die Fürsorgebestrebungen zentralisiert werden, um der ganzen Bewegung die Einheitlichkeit zu geben. Bloch.

Eugen Hofmokl. *Die sanitäre Säuglingsfürsorge und öffentliche Zuwendungen.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Juni 1914.)

Die aus der Säuglingsfürsorge erwachsenden Kosten sollen, besonders bei kleineren Gemeinden, zum großen Teil aus Staats- oder Landesmitteln bestritten werden; denn alle Erfolge der Säuglingsfürsorge kommen in letzter Linie dem Staate zugute, sie dienen den Macht- und Kulturzwecken desselben. Bloch.

B. Salge. *Die Stellung der Ärzte in der Säuglingsfürsorge.* (Zeitschr. f. Säuglingsfürs., Bd. VII, H. 5.)

Trotzdem die ärztliche Mitarbeit an der Säuglingsfürsorge notwendig ist, ist die heutige Ausbildung des Arztes dafür sowohl in medizinischer wie in sozialer Beziehung nicht genügend. Verf. fordert daher ein 2semestriges Studium der Kinderheilkunde und Prüfung darin, ferner Unterricht in Sozialmedizin. Auch im ärztlichen Fortbildungswesen ist darauf mehr Gewicht zu legen. Die Mitwirkung der Ärzte in der Säuglingsfürsorge soll vergütet werden, falls die Ärzte entsprechende Kenntnisse nachweisen können.

Bloch.

Leopold Moll. *Die Säuglingsfürsorgerin.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., April 1914.)

Zur Einführung des neuen Berufes einer Säuglingsfürsorgerin in Österreich. Wenn die Frau im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit tätig sein will, so kann sie das nur auf Grund einer theoretischen und praktischen Ausbildung, um die Lehren der richtigen Säuglingsernährung und Pflege wirksam zu verbreiten. Bloch.

Wilhelm Hecke. *Die Zählung der Pflegekinder in Österreich.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, August/September, 1914.)

Die Zählung bietet eine feste Grundlage namentlich zur Kenntnis, in welchen Ländern und Gegenden die Fürsorge infolge der großen Zahl von Pflegekindern besonders notwendig ist. Die meisten Pflegekinder im Verhältnis zur Bevölkerung sind in Steiermark, überhaupt in den Alpenländern, in Galizien und in den Karstländern außer Krain ist ihre Zahl sehr gering. Bloch.

Arthur Schloßmann. *Das Wiederaufleben der Drehlade.* (Zeitschr. f. Säuglingsfürs., Bd. VII, H. 4.)

Verf. wundert sich, daß man im heutigen Frankreich auf eine so altertümliche und barbarische Einrichtung wie die Drehlade zurückgreift, um die Säuglingssterblichkeit herabzusetzen, statt besser sich den modernen Anschauungen der deutschen Säuglingsfürsorge zuzuwenden. Bloch.

Peter Hanssen. *Die Säuglingssterblichkeit und ihre Bekämpfung in der Stadt Kiel.* (Zeitschr. f. Säuglingsfürs., Bd. VII, H. 3/4.)

Die Säuglingssterblichkeit in Kiel ist geringer als in anderen Städten mit gleich hoher Einwohnerzahl im Binnenlande. Verf. teilt die Mittel mit, die bisher gegen die Säugesterblichkeit in Kiel ergriffen wurden und führt an, welche Maßregeln noch wünschenswert sind. Er macht auf den Wert der Belehrungskurse aufmerksam und empfiehlt, im Sommer vor allem die künstlich genährten Säuglinge aus der Stadt in die kühle Umgebung, z. B. an die See, zu bringen. Bloch.

G. Hermann Sieveking. *Einige Bemerkungen über die Säuglingssterblichkeit Hamburgs.* (Zeitschr. f. Säuglingsfürs., Bd. VII, H. 3.)

Die Sommertemperatur hat wenigstens in Hamburg eine einschneidende Wirkung auf die Säuglingssterblichkeit. Bloch.

Peter Hanssen (Kiel). *Erwiderung auf Sieveking: Einige Bemerkungen über die Säuglingssterblichkeit Hamburgs.*

Polemisiert unter anderem gegen die Ansicht, daß das Verderben der Nahrungsmittel in den heißen Wohnungen und in früherer Zeit das ungereinigte Trinkwasser die Hauptrolle bei der Entstehung der Sommerdiarrhöen spiele. Bloch.

R. Behrens. *Statistischer Rückblick auf die Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Baden.* (Zeitschr. f. Säuglingsfürs., Bd. VII, H. 5.)

Statistische Untersuchungen bieten die Handhabe, wo zuerst und am energischesten gegen die Säuglingssterblichkeit einzugreifen ist. Die Sterbeprozente der Fürsorgekinder bleiben weit hinter der Sterblichkeit der betreffenden Orte und des ganzen Landes zurück, was besonders der heiße Sommer 1911 gezeigt hat: Also Erfolg der Bestrebungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Bloch.

Hans Schmidt. *Statistischer Bericht über die Tätigkeit der Säuglingsberatungsstelle und Milchküche München-Westend in den Jahren 1908 und 1909.* (Zeitschr. f. Säuglingsfürs., Bd. VII, H. 1/2.)

81·8% der Flaschenkinder hatten bei Eintritt in die Behandlung Untergewicht, bei den Brustkindern waren es nur 42·8%. Ein Beweis von der Minderwertigkeit der künstlich genährten Säuglinge. Von großem Erfolg war die Einrichtung der Milchküche: Die Mortalität der Kinder, die von dort die Nahrung bezogen und dort ärztlichen Rat einholten, betrug nur 5·9%. Dazu eine große Anzahl von Tabellen. Bloch.

Deutsch (Frankfurt a. M.). *Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 33, S. 1661.)

Empfehlung eines dem Soxhletschen ähnlichen Sterilisierapparates, der gleichzeitig rasche Kühlung der Flaschen in fließendem Wasser ermöglicht. Nagel-Hoffmann (Berlin-Treptow).

Leop. Moll. *Die Stillstuben in den österreichischen Fabriken.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, Juli, August/September, 1914.)

Ergebnis einer Rundfrage des Kaiser-Jubiläumsfonds für Kinderschutz und Jugendfürsorge an die verschiedenen Fabrikunternehmungen in Österreich über die Geschichte, den Betrieb, die Erfolge, Vorteile und eventuellen Nachteile der bestehenden Stillkrippen: Die Stillstuben sind ein ausgezeichnetes Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit und zur Verbreitung der Kenntnisse über den Wert des Stillens und einer richtigen Säuglingspflege. Verf. fordert die gesetzliche Einführung solcher Stillstuben in Fabriken mit mehr als 50 weiblichen Arbeitern. Bloch.

Adolf Metzl. *Über die Erfolge der Hebammenprämien im Bezirk Friedland in Böhmen.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Juni 1914.)

Durch die von den Hebammen mit Aussicht auf Geldprämien betriebene Stillpropaganda haben in dem Bezirke 1912 bereits 61% der Mütter gestillt. Die Sterblichkeit der gestillten Kinder betrug 6·2%, die der künstlich genährten 21%. Sie Gesamtsterblichkeit der Kinder des ersten Lebensjahres 18·3%, im Jahre 1900 betrug dieselbe noch 33·2%. Bloch.

Schloßmann. *Die treibenden Kräfte. Ein Beitrag zur Frage des Geburtenrückganges.* (Zeitschr. f. Säuglingsfürs., Bd. VII, H. 6.)

Der Geburtenrückgang ist begründet in der Gegenläufigkeit der Interessen der Allgemeinheit und des Einzelnen. Das Kind wird heute wesentlich später produktiv (durch Schulzwang und Kinderschutz) und außerdem sind die Kosten für das Großziehen eines Kindes ungeheuerlich gestiegen. Die Steuern müssen auf den Kinderreichtum der Familie Rücksicht nehmen. Die Grundlage der Steuer darf nicht das Einkommen an und für sich sein, sondern die Summe, welche sich ergibt, wenn man das Einkommen dividiert durch die Zahl der Köpfe, welche von diesem Einkommen zu leben haben, die so erhaltene Summe soll die Steuereinheit bilden. Bloch.

Johann Dvorak. *Mutterschutz und Sozialversicherung.* (Zeitsch. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., März 1914.)

Verlangt, daß der neue österreichische Regierungsentwurf betreffend die Sozialversicherung den Krankenkassen die Pflicht auferlege, die durch die Verpflegung ihrer Mitglieder in den Landesgebäranstalten entstehenden Kosten ebenso zu erstzen wie jene in den Krankenhäusern. Befürwortet weiter die Angliederung der Landesgebäranstalten an die Findelanstalten, besonders im Interesse der unehelichen Mütter und ihrer Kinder, fordert überhaupt mehr „Mutterschutz und Mädchenschutz". Bloch.

Franz Janisch. *Der Mädchenhandel und seine internationale gesetzliche Bekämpfung.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., April 1914.)

Durch die beiden internationalen gesetzlichen Verträge vom 18. Mai 1904 und vom 18. Mai 1910 ist der erste Schritt internationaler Schutzfürsorge für Frauen und Mädchen getan, um rasch und mit Erfolg dem verbrecherischen, internationalen Mädchenhandel auf jedem Staatsgebiete zu begegnen, die Opfer desselben zu schützen und die Sklavenhändler der verdienten Strafe zuzuführen. Die Strafmittel gegen die Mädchenhändler müssen derart sein, daß sie diese Untaten gesetzlich wirksam sühnen. Die geldlichen Einnahmen der Mädchenhändler müßten beschlagnahmt und zur Schaffung eines Fonds zum Schutze solcher Opfer verwendet werden. Bloch.

Leopold Moll. *Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Mai 1914.)

Programm der neu errichteten Humanitätsanstalt. Bloch.

v. Pidoll. *Die Ausgestaltung der Arbeitsgemeinschaft und praktischen Wirksamkeit der Zentralstelle für Kinderschutz und Jugendfürsorge.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Jänner-Februar 1914.)

Die Landesorganisationen der Jugendfürsorge und sonstige dem Kinderschutz dienende Institutionen sollen sich eng mit der Zentral-

stelle für Kinderschutz und Jugendfürsorge zusammenschließen. Zur Ausgestaltung der praktischen Tätigkei der Zentralstelle für Wien oder besser für ganz Österreich müssen die Landesorganisationen die Zentralstelle mit geistigen und materiellen Mitteln unterstützen.
Bloch.

Brüning und **Leebler.** *Die medizinische Kinderabtheilung des großherzoglichen Krankenhauses zu Rostock im Jahre 1911/12.* (Zeitschr. f. Säuglingsfürs., Bd. VII, H. 3.)

Jahresbericht der Rostocker Kinderklinik und -poliklinik.
Bloch.

Hugo Heller (Prag). *Das Fürsorgeheim der deutschen Landeskommission für Kinderschutz und Jugendfürsorge in Böhmen zu Hohenelbe.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, Dezember, 1914.)

Die Anstalt zu Hohenelbe soll keine reine Pflegestätte sein, sondern bezweckt, erziehbaren schwachbegabten Kindern durch sorgfältige Erziehung und planmäßige Entwicklung ihrer körperlichen und geistigen Kräfte eine teilweise oder vollständige Berufsausbildung zu geben. Bloch.

Max Lederer. *Ein Besuch in der Bezirksheimstätte für verwaiste, verlassene und verwahrloste Kinder in Schlackenwerth.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, August/September, 1914.)

Vom Verein für Kinderschutz in Karlsbad ins Leben gerufene Anstalt zu dem Zweck, gänzlich oder teilweise verwaisten sowie sittlich gefährdeten oder verlassenen Kindern die fehlende Familie oder das Elternhaus zu ersetzen und sie zu arbeitsfreudigen, erwerbs- und widerstandsfähigen Menschen heranzuziehen. Bloch.

Rudolf Billek (Wien). *Die Kinderschutz- und Rettungs-Gesellschaft in Wien.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., April 1914.)

Verf. gibt ein Bild von der segensreichen Tätigkeit der zum Schutz mißhandelter oder der Verwahrlosung preisgegebenen Kinder geschaffenen Gesellschaft. Durch die Entwicklung von landwirtschaftlichen Kolonien, in denen die Kinder zur Landwirtschsft herangebildet werden, leistet die Gesellschaft auch volkswirtschaftliche Kleinarbeit. Bloch.

A. J. Kolinsky (Wien). *Der organisierte Jugendschutz und die autonome Verwaltung.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Mai 1914.)

Besprechung einer Abhandlung des Landesrates Dr. Tuma über die Organisation der Jugendfürsorge im Königreich Böhmen, welche Mittel und Wege angibt für eine Zusammenarbeit der öffentlichen berufenen Faktoren mit jenen der organisierten privaten Jugendpflege. Die offiziellen autonomen Verwaltungsorgane können und

sollen als Faktoren der öffentlichen Jugendfürsorge auftreten. Tumas Schrift ist ein praktischer Behelf für die organisatorische Tätigkeit auf dem Gebiete der Jugendfürsorge. Bloch.

Wilhelm Becker. *Die Kurse zur Heranbildung von Lehrkräften in der Jugendfürsorge, beziehungsweise im Hortwesen in Wien und Graz 1914.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, August/September, 1914.)

Bericht über die im Verlauf der Kurse gehaltenen Vorträge. Im Anschlusse daran fanden Besichtigungen und praktische Demonstrationen statt. Bloch.

Petra Belem. *Zur Frage der Schutzaufsicht für Jugendliche.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, August/September 1914.)

Nach Ansicht der Verff. ist die Errichtung von 3jährigen, staatlichen Dienstbotenschulen und von Hauslehrmädchenheimen anzustreben, eventuell die Einführung von Privathaushaltlehren im Haus vorgebildeter Lehrfrauen zur Ausbildung qualifizierter Hausangestellter. Sie fordert ferner die Schaffung einer Instanz, welche die Schutzaufsicht über alle Jugndlichen zwischen 14 bis 18 Jahren zu führen und sich speziell mit allen Lehr- und Arbeitsfragen zu beschäftigen hätte; schließlich wünscht sie spezielle Fürsorgeeinrichtungen für alle Hilfsarbeiter einschließlich des 14jährigen ungelernten Dienstmädchens. Bloch.

Elsa v. Liszt (Berlin-Charlottenburg). *Bilder aus der Berliner Jugendfürsorge.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Jänner-Februar 1914.)

Schildert die Ursachen der strafbaren Handlungen der Jugendlichen, die segensreiche Tätigkeit der Schutzaufsicht und befürwortet, den damit betrauten Helfern erweiterte Befugnisse zu geben. Bloch.

Felix Pinkus. *Die Jugendfürsorge auf der schweizerischen Landesausstellung.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, August/September 1914.)

Die Ausstellung des Landes der Erziehung und des Unterrichts bietet eine Fülle von Darstellungen in bezug auf Schutz und Pflege der kommenden Generation. Bloch.

Karl Colbert. *Der Pikkolo.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Jänner-Februar 1914.)

Plädiert für die Abstellung der zahlreichen Übelstände, die mit der Verwendung des Lehrlings im Gasthausgewerbe verknüpft sind. Vor allem ist die Annahme von Trinkgeldern den Lehrlingen zu verbieten wegen der entsittlichenden Wirkung des Trinkgeldes. Bloch.

Fritz Neumann. *Trinkerfürsorge und Jugendschutz.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Juni 1914.)

Zwischen einer Fürsorge für Alkoholkranke und den Aufgaben des Jugendschutzes besteht ein Zusammenhang. Denn eines der wichtigsten Zweige der Fürsorge bildet die Überwachung und geeignete Unterbringung der Trinkerkinder. Das Kind des Trinkers ist vor den Trinksitten zu bewahren und vor den Folgen der Prädisposition der Trinkerkinder für psychische und seelische Dauerschädigungen zu behüten. Verf. erläutert dies an Fällen aus der Praxis der Trinkerfürsorgestelle. Bloch.

Hedwig Lemberger. *Die Fürsorge für die aufsichtslose Schuljugend in Wien.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, Juli, August/September 1914.)

Die Localgradigst gefährdeten und am meisten hortbedürftigen Kinder werden gegenwärtig von den Horten nicht erfaßt, gerade diese Kinder müssen in den Bereich der Fürsorge gebracht werden, ehe es zu spät ist. Dazu brauchen wir ein Volkserziehungsgesetz. Durch eine derartige gesetzliche Regelung der Beaufsichtigung und Beschäftigung der Kinder in der schulfreien Zeit würde die Zahl der verwahrlosten und kriminellen Kinder in hohem Maße abnehmen. Bloch.

Albert Haupt. *Lehrlingsfürsorge.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, Juli 1914)

Die Verwendung der Knaben und Mädchen unter 14 Jahren als Arbeiter und Lehrlinge ist gesetzlich zu verbieten. Von besonderer Wichtigkeit für die Lehrlingsfürsorge sind die Fortbildungsschule, die Lehrlingsheime und Lehrlingshorte. Verf. empfiehlt die Schaffung eines staatlichen Fürsorgeamtes für die gewerbliche Jugend, welches in erster Linie Anregungen und Anleitungen zur Betätigung der Lehrlingsfürsorge geben solle. Bloch.

Ernö Deutsch (Budapest). *Sozialhygienische Versorgung der abnormen Kinder.* (Zeitschr. f. Säuglingsfürs., Bd. VII, H. 5/6.)

Degenerierte sollen keine Nachkommen erzeugen; wenn dies schon geschieht, gehören die Kinder aus dem minderwertigen Milieu heraus und in Nervenheilanstalten mit individueller Erziehung auf dem Prinzip der Arbeit. Abnorme, die zur Erziehung nicht fähig sind, und Abnorme, die wegen körperlicher Gebrechen lebenslang arbeitsunfähig sind, mögen asylisiert werden. Die genuine Epilepsie hält Verf. für unheilbar. Bloch.

Hans Spitzy (Wien). *Fortschritte und Lücken in der körperlichen Erziehung.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Jänner-Februar 1914.)

Verf. weiß wohl die Fortschritte zu würdigen, die in Österreich in der körperlichen Erziehung bereits gemacht wurden, möchte aber noch auf verschiedene Lücken in dieser Beziehung hinweisen. Fordert

u. a. obligate Spielplätze in jeder Stadt, obligate Spielstunden für alle, schon für die ganz kleinen Kinder, aber auch für die körperlich unentwickelten Kinder, für die das Spiel zum Heilmittel wird, obligatorisch. Bloch.

Becker. *Die Bedeutung der Freude für die Erziehung der verlassenen und verwahrlosten Jugend.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Jänner-Februar 1914.)

Mit der Freude geben wir diesen Armen auch das Vertrauen zu den Menschen. Damit wird die Freude zum Erziehungsmittel. Wir bieten ihnen materielle und ideelle Freuden. Zöglinge und Erzieher sollen eine große Familie bilden. Bloch.

Gottstein. *Die Entwicklung der Krüppelfürsorge.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Jänner-Februar 1914.)

Schilderung ihrer Entwicklung von den ersten Anfängen. Das Krüppeltum ist in Zukunft zu verhüten durch Einführung von Fürsorgeärzten für die Kinder des Vorschulalters oder mindestens durch Überwachung der Säuglinge und kleinen Kinder durch entsprechend belehrte Pflegerinnen, Hebammen usw. Bloch.

Joseph M. Baernreither. *Über staatsbürgerliche Erziehung.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., Juni 1914.)

Die staatsbürgerliche Erziehung ist eine notwendige Ergänzung jeder Erziehung in Haus, Schule und Beruf. Sie muß allgemein wie die Schulbildung werden. Gerade für Österreich mit seinen verschiedenen Nationalitäten hat sie eine große verbindende Mission, welche dieselben zur gegenseitigen Achtung erzieht. Bloch.

Schönowsky v. Schönwies. *Jugend und Wehrkraft.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., März 1914.)

Interessant ist, daß zur Zeit des Burenkrieges in der belagerten Stadt Mafeking das erste Pfadfinderkorps entstand. Verf. hält die militärische Jugendausbildung, ebenso wie die Wehrkraft des Staates selbst für das einzige Mittel der Volksgesundung. Er fordert die Spezialausbildung der Lehrer als militärisch geschulte Jugenderzieher. Der Artikel verdient besonders jetzt in Kriegszeiten gelesen zu werden. Bloch.

Petra Belem. *Kriegsfürsorge mit besonderer Berücksichtigung der Jugendlichen.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, November, 1914.)

Zum Zwecke einer allumfassenden Jugendfürsorge fordert Verf. eine fürsorgerische Aufrechterhaltung des Familienverbandes durch familienweise Ausspeisung und durch Schaffung von Familienasylen. Ist der Familienverband bereits gelockert, dann sind große Tagesheime für Kinder und Werkstätten für Jugendliche zu errichten; fehlt er überhaupt, so treten an seine Stelle getrennte Asyle für Jugendliche und Erwachsene. Bloch.

Johann Dvořák (Prag). *Kinderschutz im Kriege.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, November 1914.)

Die beste Fürsorge für die zurückgebliebenen Familienangehörigen der Einberufenen besteht in dem engen Zusammenschluß der öffentlichen, amtlichen und privaten Organe und Organisationen der Wohlfahrts- und Armenpflege überhaupt und des Kinderschutzes insbesondere zu einem einheitlich organisierten Verbande. **Bloch.**

Leo Langstein. *Die Volksernährung im Kriege und ihre Bedeutung für die Diätetik des Kindes.* (Therap. Monatsh., Mai, 1915, S. 244.)

Nach Betonung der natürlichen Ernährung des Säuglings als der jederzeit besten und billigsten geht Langstein auf die künstliche Ernährung derselben während des Krieges über, erklärt die Magermilch überhaupt als kein für gesunde Säuglinge geeignetes Nährmittel; auch für kranke Säuglinge darf Mager- oder Buttermilch, wie sie als Handelsware jetzt leicht erhältlich ist, nicht verwendet werden. Der geeignetste Zucker für gesunde Säuglinge ist der Rohrzucker, bei Neigung zur Obstipation der Milchzucker. Das Weizenmehl kann erforderlichenfalls ohne Schaden aus der Ernährung des gesunden Säuglings ausgeschlossen und durch Hafergrütze beziehungsweise Hafermehl, Gersten- eventuell auch Maismehl ersetzt werden. Die Malzsuppe und Soxhlets Nährzucker wären nur für Kranke mit strengster Indikation zu reservieren. Die präparierten Kindermehle des Handels sind vollständig überflüssig. Bei der Ernährung älterer Kinder soll wohl der Eiweißluxus als sogenannte kräftige Kost mit Milch, Eiern und Fleisch aufhören, doch muß gegen die häufig propagierte „eiweißarme Kost" wegen Gefährdung der Immunität der Kinder Stellung genommen werden. So genügt im zweiten Lebensjahr $^1/_2$ bis $^3/_4$ l, im dritten sogar $^1/_4$ l Milch. Die Eier sind für gesunde Kinder im allgemeinen entbehrlich, eine einmalige Fleischgabe im Tage genügt. Ein großer Teil des notwendigen Eiweißbedarfes kann durch Quark und Käse gedeckt werden. Die Kohlehydratzufuhr wird durch Brot und reichlichere Zufuhr von Obst und Gemüse bestritten. Das Kriegsschwarzbrot kann unbedenklich gestattet werden und ist besonders bei Obstipation von Nutzen. Auch für ältere kranke Kinder ist reines Weizenmehl nicht notwendig.

Zuppinger (Wien).

Franz Janisch. *Die Hilfsarbeit in Kriegszeiten von Seite der Waisenpflegerinnen in Österreich.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, Oktober, 1914.)

Die Frauen als Waisenpflegerinnen sind in allererster Reihe zum Jugendschutz in Kriegszeiten berufen. Da sich gerade im Krieg das Gebiet der Schutzfürsorge bedeutend erweitert, sind Organisationen von Waisenpflegerinnen zu bilden und Auskunfts- und Beratungsstellen für Kinder- und Jugendschutz zu errichten, die in unmittelbarem Verkehr mit der Bevölkerung und den schutzbedürftigen Kindern stehen. **Bloch.**

Rudolf Hornek. *Die Ausspeisungsaktion der Wiener Kriegsfürsorgezentrale.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, Oktober, 1914.)

Von der Wiener Zentrale für Kriegsfürsorge ins Werk gesetztes Unternehmen, das statt einer Geldunterstützung eine Naturalleistung gewährt. Dadurch, daß der Erlös aus dem Verkaufe des schwarzgelben Kreuzes und der Kriegsglücksringe aus einem Hufeisennagel für die Ausspeisung bestimmt wurde, ist dieselbe auch populär gemacht worden. Bloch.

Leopold Moll. *Mutterberatungsstellen und Kriegsfürsorge.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, Dezember, 1914.)

Die mit geringen Mitteln zu betreibenden Mütterberatungsstellen sind gerade in der Kriegszeit notwendig und können zu einem Sammelpunkt werden, von dem aus die Belehrung der Mütter betrieben wie die Bestrebungen des Mutter- (auch der werdenden Mutter!) und Säuglingsschutzes unter Konzentrierung der jetzt reichlich zur Verfügung stehenden, freiwilligen Hilfskräfte mit größerem Erfolge als je gefördert werden können. Bloch.

E. Mayr (Wien). *Ländlicher Haushaltungsunterricht und Säuglingsfürsorge.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, Oktober, 1914.)

Die Wanderhaushaltungs-Fortbildungskurse, mehr noch die Winterkurse mit festem Sitz und langer Dauer haben den Wert einer systematischen Einführung in den wichtigen Pflichtenkreis der Hausfrau, sie verbreiten auch Kenntnisse in der Gesundheitslehre und in der Säuglingspflege und leisten damit eine unentbehrliche Vorarbeit für die gesamte Säuglingsfürsorge. Bloch.

Schule.

Max Maurenbrecher. *Das Schulprogramm der Großstadt.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., März 1914.)

Das soziale Leben der Großstädter macht es zur Notwendigkeit für die großstädtischen Kommunen, ihre Schulen zu vor der Stadt gelegenen Tagesheimen für die ganze Jugend der Großstadt auszugestalten. Der Unterricht muß ganz auf Arbeit und Tätigkeit begründet werden, Hausarbeiten haben wegzufallen. Bloch.

Emil Reich. *Was soll die Jugend lesen?* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., VI. Jahrg., März 1914.)

Empfehlung des vom Wiener Volksbildungsverein alljährlich herausgegebenen „Verzeichnis empfehlenswerter Jugendlektüre". Verf. stellt zwei Hauptforderungen an eine Lektüre für die Jugend: Die Jugendschrift soll ein Kunstwerk sein und soll weiter erzieherisch wirken. Bloch.

Besprechungen.

C. A. Ewald. *Diät und Diätotherapie.* (Unter Mitarbeit von M. Klotz.) (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1915, K 18·—.)

Das Buch erscheint zwar als 4. Auflage von Ewald und Munks „Ernährung des gesunden und kranken Menschen", stellt aber in dieser vollkommenen Neubearbeitung tatsächlich ein neues Werk dar, zu dem der innere Kliniker einen Pädiater als Mitarbeiter herangezogen hat. Bei der großen klinischen Erfahrung von Ewald ist es selbstverständlich, daß er die Art der Darstellung den Erfordernissen des Praktikers in geschicktester Weise anpaßt. Der alten Einteilung folgend, werden erst die Nahrungsmittel behandelt, dann die Art ihrer Zubereitung und die Technik der Ernährung und schließlich die Diätetik der verschiedenen Erkrankungen. In diesem Rahmen bearbeitet Klotz das Kapitel Milch, ferner die Ernährung des Kindes, die alimentären Ernährungsstörungen und die Ernährung der Kinder in akuten und chronischen fieberhaften Krankheiten. Auch er bemüht sich, ohne allzu viel von theoretischen Untersuchungen zu bringen, die praktischen Fragen in den Vordergrund zu stellen. Besonders anzuerkennen ist, daß er nicht den Standpunkt einer Schule vertritt, sondern in objektiver Weise alle Resultate, aus welcher Schule sie auch stammen mögen, zusammenfaßt. Daß Klotz dabei etwas Gutes geschaffen hat, darf uns bei klinischer Erfahrung, seiner glänzenden Darstellungsgabe und seiner Literaturkenntnis nicht wundernehmen. Keller.

Hermann Mayer. *Kompendium der Kinderheilkunde und der Impftechnik.* (Verlag von Speyer & Kärner, Freiburg i. B., 1914.)

Die Kinderheilkunde einschließlich der Impftechnik auf 90 Druckseiten — wer sich die Schwierigkeiten eines solchen Unterfangens vor Augen führt, wird mit dem Verf. kein strenges Gericht abhalten mögen. Immerhin kann man die Frage nicht unterdrücken, ob damit wirklich irgend jemandem ein Dienst erwiesen ist. H. Vogt

St. Engel und **Marie Baum.** *Grundriß der Säuglingskunde nebst einem Grundriß der Säuglingsfürsorge.* (Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1915.)

Die zweite Auflage hat gegenüber der ersten entschieden dadurch gewonnen, daß Engel die Ausführungen mehr theoretischer Natur stark gekürzt oder ganz weggelassen hat, um den praktischen Fragen mehr Raum zu schaffen. Wesentlich erweitert sind die Abschnitte über künstliche Ernährung, insbesondere über Behandlung und Aufbewahrung von Milch und Zubereitung der verschiedenen Säuglingsnahrungen, deren Rezepte angegeben werden. Ebenso sind die Abschnitte über die Pflege insbesondere des kranken Säuglings wesentlich erweitert. Der von Marie Baum geschriebene zweite Teil ist um einige neue Abbildungen ergänzt, im übrigen unverändert. Die hier auf wenig mehr als 50 Seiten gebotene Darstellung der Säuglingsfürsorge ist in ihrer Klarheit und Kürze mustergültig. Keller.

Albert Niemann. *Der Stoffwechsel bei exsudativer Diathese.* (A. Marcus & E. Webers Verlag, Bonn, 1914, 56 S.)

Als wichtigstes Ergebnis seiner an Säuglingen mit exsudativer Diathese ausgeführten Untersuchungen verzeichnet Verf. den Befund, daß sie sämtlich eine beträchtliche Erhöhung des Kalorienumsatzes, der Wärmebildung, aufwiesen und daß in 2 Fällen die Kohlensäureproduktion gesteigert war. Wenn trotzdem ein Teil der mit exsudativer Diathese behafteten Kinder den Anschein eines guten Ernährungszustandes erweckt, so erklärt sich dieser scheinbare Widerspruch nach der Meinung des Verf. dadurch, daß diese Kinder ein gut entwickeltes Fettpolster nur vortäuschen. Nach seinen Beobachtungen sind Säuglinge mit exsudativer Diathese gegen Fettzufuhr mit der Nahrung nicht empfindlicher als normale. Auf größere Labilität des Wasserhaushaltes weist schon die Beobachtung der Gewichtskurve exsudativer Kinder hin.

H. Vogt

Bandelier und **Roepke.** *Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose für Ärzte und Studierende.* Achte Auflage. (Verlag von Kurt Kabitzsch, Würzburg, 1915.)

Das über 400 Seiten fassende Werk streift in den Abschnitten II. Bd., S. 158 ff. und III. Bd., S. 358 ff. die spezielle Diagnostik und Therapie der Tuberkulose im Kindesalter.

Ich muß wiederholen, was ich in früheren Berichten über dieses Kapitel des Lehrbuches gesagt habe: Es spricht weniger eigene Erfahrung daraus als Literaturkenntnis. Diese ist im Kapitel „spezifische Diagnostik der Tuberkulose" kritisch recht gut verarbeitet. Die Autoren treffen daraus das richtige, wenn sie schreiben: „Auch beim Kinde ist aus der Beschaffenheit der Impfpapel kein Rückschluß auf beginnende oder obsolete, aktive oder inaktive, progrediente oder gutartige Tuberkulose möglich." Und: „Mit diesem Hinweise wollen wir vor Fehldiagnosen warnen, die einer zu schematischen Auslegung der positiven Kutanimpfung anscheinend nicht gerade selten entspringen. Es muß unter allen Umständen im Auge behalten werden, daß die Kutanreaktion zwar im Kindesalter ätiologisch recht klärend wirkt, daß sie bei Säuglingen und jungen Kindern sogar das Vorhandensein oder Fehlen einer aktiven Tuberkulose beweist, daß sie aber zweifelhafte Erkrankungen nicht mit Sicherheit als tuberkulös feststellt und noch weniger eine topische Diagnose der Tuberkulose ermöglicht." Daher hätte auch im allgemeinen Teil der Satz auf S. 59: „Ferner hat sich für das Kindesalter als einigermaßen sicher und praktisch wichtig herausgestellt: ein stark positiver P i r q u e t bedeutet meist einen aktiven Prozeß, während schwache Reaktionen einerseits auf einen progredienten, anderseits auf einen obsoleten Prozeß hinweisen können," — in diesem Sinne weiter abgeschwächt werden sollen. — Im III. Abschnitt ist der konservative Standpunkt der Autoren in der Behandlung der sogenannten chirurgischen Tuberkulose sehr zu begrüßen und durchaus modern. Wie in den anderen Auflagen wird auch in dieser die Tuberkulintherapie warm empfohlen unter Aufstellung genauer Indikationen.

Die prognostisch ungünstige Lungentuberkulose wird von der spezifischen Behandlung ausgeschlossen wegen übergroßer Tuberkulinempfindlichkeit. Ich meine nur, wenn man gerade diese Form durch Tuberkulin wenigstens bessern könnte, wäre etwas gewonnen mit der Tuberkulinbehandlung. Die anderen Fälle von Kindertuberkulose lassen sich bekanntlich auch ohne Tuberkulin durch allgemeine Behandlung wesentlich bessern. Bei dieser Frage muß immer wieder darauf hingewiesen werden, daß in der Literatur über Tuberkulintherapie viele Fälle als Tuberkulose gehen, bei denen die Diagnose: aktive Tuberkulose anfechtbar ist. — Am Schlusse dieses Kapitels empfehlen die Autoren den von anderer Seite gemachten Vorschlag: jedes Kind, das positive Kutanreaktion zeigt, einer monatelangen Tuberkulinkur zu unterziehen. Ich fürchte, daß Empfehlung eines solchen Vorschlages voreilig ist und eine ungesunde Polyprogmasie zur Folge haben muß. Wichtiger erscheint mir in diesen Fällen die Empfehlung, solche gefährdeten Kinder in ihren ersten 5 Lebensjahren aus tuberkulosegefährdeter Umgebung zu entfernen. Das Literaturverzeichnis ist ausführlich. Sehr angenehm wäre, wenn die Autoren nach dem Alphabete geordnet aufgeführt wären. Schelble.

Dessauer und **Wiesener.** *Kompendium der Röntgenaufnahme und Röntgendurchleuchtung.* (2 Bände.) (Verlag von Otto Nemnich, Leipzig, 1915, M. 34·—.)

Das technische Handbuch, dessen erste Auflage sich im praktischen Gebrauch gut bewährt hat, ist gründlich umgearbeitet. Der erste Band umfaßt die Röntgentechnik und die photochemischen Hilfsmethoden, der zweite das Aufnahme- und Durchleuchtungsverfahren. Besonders gut sind die zahlreichen radiographischen Tafeln.

Keller.

Otto Seifert. *Die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel.* (Verlag von Kurt Kabitzsch, Würzburg, 1915, M. 9·—.)

In den Würzburger Abhandlungen für praktische Medizin hat Verf. 1901, 1905 und 1909 drei Abhandlungen über das gleiche Thema veröffentlicht, deren wesentlicher Inhalt in Form eines selbständigen Buches zusammengefaßt und naturgemäß erweitert wird. Es handelt sich um eine Zusammenstellung der modernen Arzneimittel mit besonderer Berücksichtigung ihrer Nebenwirkungen, die als Nachschlagebuch für den Praktiker wohl geeignet ist. Zahlreiche Literaturnachweise ermöglichen genauere Orientierung. Keller.

Karl Flügge. *Grundriß der Hygiene für Studierende und praktische Ärzte, Medizinal- und Verwaltungsbeamte.* (Verlag von Veit & Komp., Leipzig, 1915, M. 16·—.)

Das Lehrbuch, das wegen der Reichhaltigkeit seines Inhaltes und wegen der bewundernswerten Klarheit der Darstellung schon in seinen ersten Auflagen allgemeine Anerkennung gefunden hat, ist auch in der neuen Auflage wiederum gründlich umgearbeitet, insbesondere sind die Abschnitte der sozialen und praktischen Hygiene ergänzt und erweitert. Keller.

Ergänzende Literaturübersicht.

Allgemeines.

Alois Epstein. Die stillende Madonna. Zeitschr. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VIII, S. 237.

L. E. La Fetra. Some disorders of early infancy. (Einige Erkrankungen des frühen Säuglingsalters.) New Jersey Med. Soc. Journ., Mai 1915. Wachenheim (New York).

Physiologie und allgemeine Pathologie.

T. B. Robertson. The prenatal and postnatal growth of infants. (Pränatales und postnatales Wachstum.) Americ. Journ. of Physiol., April 1915. Wachenheim (New York).

Allgemeine Diagnostik.

Philip S. Potter. Causes of obscure fever in infancy and childhood. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 216.

Sinclair. Recent advances in diagnosis in pediatrics. (Neuere Fortschritte in der Kinderdiagnostik.) Pennsylvania Med. Journ., November 1914. Wachenheim (New York).

Behandlung und Pflege.

R. D. Freeman. The management of children between one and two years of age. (Die Kinderpflege im 2. Lebensjahr.) Arch. of Pediatrics, April 1915. Wachenheim (New York).

R. D. Moffett. A new measuring board for infants. (Neues Maßbrett für Säuglinge.) Med. Record, 15. Mai 1915. Wachenheim (New York).

S. P. Rawls. The hygienic management of children. (Hygienische Kinderpflege.) Oklahoma State Med. Assoc. Journ., Mai 1915. Wachenheim (New York).

L. B. Robertson and **A. Brown.** Blood transfusion in infants and young children. (Bluttransfusion bei kleinen Kindern.) Canadian Med. Assoc. Journ., April 1915. Wachenheim (New York).

Spicer. A pocket baby scale. (Taschensäuglingswage.) Americ. Journ. Dis. Childr., Januar 1915. Wachenheim (New York).

Entwicklung und Sprache.

David Forsyth. The health of children under school age. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 120.

Groszmann. Determination of exceptional development in children. (Bestimmung der Minderwertigkeit bei Kindern.) New York Med. Journ., 28. November 1914. Wachenheim (New York).

Olga Koporny. Über Stimmbildung. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1915, Bd. XXVIII, S. 161.

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Arnold. Eiweißmilch. New York State Journ. of Med., Februar 1915. Wachenheim (New York).

P. Bartholow. Condensed milk. (Die kondensierte Milch.) New York Med. Journ., 29. Februar 1915. Wachenheim (New York).

R. A. Black. Digestive disturbances of infancy of bacterial origin. (Bakterielle Verdauungsstörungen bei Säuglingen.) Illinois Med. Journ., Mai 1915. Wachenheim (New York).

Van Der Begert. Some points in the management of breast feeding. (Gewisse Punkte in der Ausführung des Stillens.) Arch. of Pediatrics, Januar 1915. Wachenheim (New York).

A. W. Bosworth, H. I. Bowditch and B. H. Ragle. Whey in infant feeding. (Die Molken in der Säuglingsernährung.) Americ. Journ. Dis. Childr., Februar 1915. Wachenheim (New York).

F. E. Brundage. Dietetic malnutrition in infants and its treatment. (Behandlung des Nährschadens bei Säuglingen.) New York State Journ of Med., März 1915. Wachenheim (New York).

S. A. V. Christiphine. Cholera infantum. Georgia Med. Assoc. Journ., April 1915. Wachenheim (New York).

H. M. Mc Clanahan and J. C. Moore. Practical importance of the examination of the stools in infants. (Praktische Wichtigkeit der Stuhluntersuchung bei Säuglingen.) Americ. Journ. Med. Sciences. Juni 1915. Wachenheim (New York).

Craige. The nursing infant. (Der Säugling.) Journ. Americ. Med. Assoc., 6. Februar 1915. Wachenheim (New York).

F. B. Cross. The cereals in milks modification. (Die Zerealien in der Milchmodifikation.) Med. Record., 6. März 1915. Wachenheim (New York).

C. H. Dunn. Studies in fat indigestion. (Untersuchungen über Fettindigestion.) Boston Med. and Surg. Journ., 4. Februar 1915. Wachenheim (New York).

— Some studies in fat indigestion. (Fettindigestion.) Americ. Journ. Dis. Childr., März 1915. Wachenheim (New York).

J. Epstein. Humanized milk in infant feeding. (Humanisierte Milch in der Säuglingsernährung.) Med. Record, 29. Mai 1915. Wachenheim (New York).

R. R. Ferguson. The digestive disturbances of infancy of proteid origin. (Proteinverdauungsstörungen bei Säuglingen.) Illinois Med. Journ., Mai 1915. Wachenheim (New York).

Friedrich Frey. Erhebungen über die Säuglingsernährung in der Gemeinde L. und einige Erfahrungen bei poliklinischer Behandlung von Ernährungsstörungen. Zeitschr. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VIII, S. 202, 217.

Harkness. Infant feeding. (Die Säuglingsernährung.) Michigan State Med. Soc. Journ., Oktober 1914. Wachenheim (New York).

C. C. Haskell. Eiweißmilch in enterocolitis. Old Dominion Journ. of Med. and Surg., April 1915. Wachenheim (New York).

Hill. Food intoxications of childhood. (Alimentäre Intoxikation bei Kindern.) Tennessee State Med. Assoc. Journ., November 1914. Wachenheim (New York).

E. J. Huenekens. The feeding of the healthy infant. (Die Ernährung des gesunden Säuglings.) Journal Lancet, 1. März 1915. Wachenheim (New York).

L. Kerr. The personal factor in infant feeding. (Das persönliche Moment bei der Säuglingsernährung.) New York Med. Journ., 13. Februar 1915. Wachenheim (New York).

Ladd. Fundamentals in infant feeding. (Grundsätze der Säuglingsernährung.) Cleveland Med. Journ., November 1914. Wachenheim (New York).

H. Lowenburg. The best artificial food mixtures for hospital babies. (Die besten Nahrungsmischungen für Hospitalskinder.) Americ. Journ. of Obstet., Mai 1915. Wachenheim (New York).

Mabbott. Infant feeding with top-milk. (Säuglingsernährung mit Obermilch.) Med. Record, 19. Dezember 1914. Wachenheim (New York).

E. W. Mitchell. The prevention of infantile atrophy in hospitals. (Verhütung der Säuglingsatrophie in Hospitälern.) Americ. Journ. of Obstet., Mai 1915. Wachenheim (New York).

R. D. Moffett. A new baby bottle. (Neue Saugflasche.) Med. Record, 13. März 1915. Wachenheim (New York).

Morse. Infections diarrhea. (Infektiöse Diarrhöe.) Americ. Journ Med. Sciences, Januar 1915. Wachenheim (New York).

A. E. Mucklow. A method of feeding infants with precision. (Methode zur genauen Säuglingsfütterung.) Med. Record, 20. Februar 1915. Wachenheim (New York).

Page. The character of infant stools. (Beschaffenheit der Säuglingsstühle.) Florida Med. Assoc. Journ., Januar 1915. Wachenheim (New York).

Pollitzer. Caloric feeding in infancy. (Kalorische Ernährung im Säuglingsalter.) South Carolina Med. Assoc. Journ., Oktober 1914. Wachenheim (New York).

L. F. Rettger. The influence of milk feeding on mortality and growth, and on the character of the intestinal flora. (Einfluß der Milchfütterung auf Sterblichkeit, Wachstum und Darmflora.) Journ. Exper. Med., April 1915. Wachenheim (New York).

Rimer. Some essential points in infant feeding. (Wichtige Punkte bei der Säuglingsernährung.) New York Med. Journ., 7. November 1914. Wachenheim (New York).

Rowe. Herter's infantilism. (Herters Infantilismus.) Journal-Lancet, 1. Dezember 1914. Wachenheim (New York).

J. F. Sinclair and **J. A. Speed.** Edema complicating gastroenteritis. (Ödem als Komplikation der Gastroenteritis.) Arch. of Pediatrics, Februar 1915. Wachenheim (New York).

Wilhelm Stoeltzner. The modern treatment of Digestive disturbances of infancy. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 159.

C. N. Sturtevant. A case of infantile facial eczema cured by reduction of carbohydrates. (Heilung eines Falles von Gesichtsekzem mittels Herabsetzung der Kohlehydrate.) New York Med. Journ., 22. Mai 1915. Wachenheim (New York).

J. H. Taylor. The management of feeding cases in infancy. (Technik der Säuglingsernährung.) Indiana State Med. Assoc. Journ., April 1915. Wachenheim (New York).

R. Wheeler. A study of the nutritive value of some proprietary infant foods. (Untersuchung über den Nährwert gewisser Kindernährfabrikate.) Americ. Journ. Dis. Childr., April 1915. Wachenheim (New York).

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

A. W. Bosworth. Human milk. (Die Frauenmilch.) Journ. Biol. Chem., April 1915. Wachenheim (New York).

Bulmer. The pasteurization of milk, (Milchpasteurisierung.) Public Health Journ., November 1914. Wachenheim (New York).

Ferguson. Certified milk. (Bescheinigte Milch.) Illinois Med. Journ., Dezember 1914. Wachenheim (New York).

P. G. Heinemann. The germicidal effect of lactic acid in milk. (Keimtötende Wirkung der Milchsäure in der Milch.) Journ. of Infect. Dis., Mai 1915. Wachenheim (New York).

Race. The enumeration of the bacteria in milk. (Bakterienzählung in der Milch.) Public Health Journ., Januar 1915. Wachenheim (New York).

Snell. The milk problem. (Das Milchproblem.) Illinois Med. Journ., Dezember 1914. Wachenheim (New York).

Wachstum und Stoffwechsel.

H. C. Bailey and **J. R. Murlin.** Energy requirement of the New-born. (Energiebedarf des Neugeborenen.) Americ. Journ. of Obstet., März 1915. Wachenheim (New York).

Gaetano Finizio. Sulla digestione della caseina nello stomaco dei lattanti. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 95.

— Valore dell' acido cloridrico libero nel contenuto gastrico del lattante. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 168.

A. T. Howard. Acidosis in children. (Azidose bei Kindern.) Boston Med. and Surg. Journ., 20. Mai 1915. Wachenheim (New York).

A. v. Reuß und **Max Zarfl.** Chronische Laktosurie bei einem darmgesunden, ausgetragenen, aber konstitutionell minderwertigen Brustkinde. Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien. 1915, Bd. XIV, S. 54.

Rich. Infantile sensitization to egg-albumin. (Empfindlichkeit zum Hühnereiweiß bei Kindern.) Michigan State Med. Soc. Journ., November 1914. Wachenheim (New York).

Neugeborene.

Carr. Record charts for the newborn. Arch. of Pediatrics, Dezember 1914. Wachenheim (New York).

Henkin. Pemphigus foliaceus neonatorum. Med. Record, 9. Januar 1915. Wachenheim (New York).

Herrman. Should newborn infants receive anything during the first two or three days? (Sollen wir Neugeborene in den ersten 2 bis 3 Tagen füttern?) New York Med. Journ., 9. Januar 1915. Wachenheim (New York).

Idem. The postnatal loss of weight in infants and the compensatory overgrowth which succeeds it. (Der Gewichtsverlust nach der Geburt und seine spätere Kompensierung.) Ibid. Wachenheim (New York).

Philip Sheridan Potter. Intestinal toxemia of the new born due to retained meconium. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 283.

J. Zahorsky. The icteric diseases of the new-born infant. (Ikterische Erkrankungen der Neugeborenen.) Missouri State Med. Assoc. Journ., März 1915. Wachenheim (New York).

Frühgeburt.

C. G. Grulee. The care and feeding of incubator babies. (Pflege und Ernährung von Couveusenkindern.) Surg., Gynecol. and Obstet., Februar 1915. Wachenheim (New York).

H. J. Morgan. The premature infant. (Das frühgeborene Kind.) Ohio State Med. Journ., März 1915. Wachenheim (New York).

Konstitution und Diathesen.

Brown. Status lymphaticus. California State Journ. of Med., November 1914. Wachenheim (New York).

Hopkinson. Status lymphaticus. Wisconsin Med. Journ., Januar 1915. Wachenheim (New York).

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

Amesse. The epidemiology of poliomyelitis. Colorado Med., Januar 1915. Wachenheim (New York).

O. W. Carpenter. Report of forty-six cases of intubation. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 324.

Carrison. Obscure rheumatism in childhood. (Unklarer Rheumatismus im Kindesalter.) Kentucky Med. Journ., Dezember 1914. Wachenheim (New York).

G. di Cristina und **G. Caronia.** Sulla terapia della Leishmaniosi interna. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 81.

H. H. Cummings. An epidemic of Weil's disease. (Epidemie der Weilschen Krankheit.) Michigan State Med. Soc. Journ., Mai 1915. Wachenheim (New York).

Fischer. Convulsions during pertussis. (Konvulsionen beim Keuchhusten.) New York Med. Journ., 28. November 1914. Wachenheim (New York).

S. Flexner. The microbic cause and manner of infection of poliomyelitis. (Keim und Infektionsmodus der Poliomyelitis.) Bull. Johns Hopkins Hosp., Mai 1915. Wachenheim (New York).

E. H. Foust. How an epidemic of diphtheria was checked by the thorough isolation of carriers. (Aufhalten einer Diphtherieepidemie durch strenge Isolierung von Bazillenträgern.) Michigan State Med. Soc. Journ., Februar 1915. Wachenheim (New York).

Frissell. Report of a case of acute poliomyelitis. (Bericht über einen Fall von Poliomyelitis acuta.) Journ. Americ. Med. Assoc., 6. Februar 1915. Wachenheim (New York).

Gearhart. A plea for early intubation by the general practitioner. (Einrede für zeitige Intubation.) Oklahoma State Med. Assoc. Journ., November 1914. Wachenheim (New York).

Gengenbach. Clinical aspects and early treatment of acute anterior poliomyelitis. (Klinische Erscheinungen und Frühbehandlung der Poliomyelitis.) Colorado Med., Januar 1915. Wachenheim (New York).

H. Horace Grant. Esophageal stenosis due to typhoid fever; Report of two cases. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 258.

Helmick. Serum therapy of epidemic cerebrospinal meningitis in childhood. (Serumbehandlung der epidemischen Zerebrospinalmeningitis.) Ohio State Med. Journ., Januar 1915. Wachenheim (New York).

C. W. Hitchcock. A case of poliomyelitis of meningitic type. (Poliomyelitis von meningitischem Typus.) Lancet-Clinic, 17. April 1915. Wachenheim (New York).

W. D. Hoskins. Modern methods in the diagnosis and treatment of cerebrospinal meningitis. (Moderne Diagnostik und Behandlung der Zerebrospinalmeningitis.) Indian State Med. Assoc. Journ., März 1915. Wachenheim (New York).

Howard. Anterior poliomyelitis. Kentucky Med. Journ., 15. Januar 1915. Wachenheim (New York).

W. H. Kellogg. The carrier problem in diphtheria. (Das Problem des Bazillenträgers bei der Diphtherie.) California State Journ. of Med., April 1915. Wachenheim (New York).

Litterer. Antityphoid vaccination in children. (Antityphusimpfung bei Kindern.) Tennessee State Med. Assoc. Journ., Oktober 1914. Wachenheim (New York).

R. N. Looney. Epidemic cerebrospinal meningitis. Arizona Med. Journ., April 1915. Wachenheim (New York).

R. W. Lovett. The treatment of infantile paralysis. (Behandlung der Kinderlähmung.) Journ. Americ. Med. Assoc., 26. Juni 1915. Bespricht lediglich die Spätbehandlung. Wachenheim (New York).

P. Luttinger. Whooping cough (Keuchhusten.) New York Med. Journ., 22. Mai 1915.

Verf. berichtet Erfolge mit Vakzine als Prophylaktikum und in geringerem Grade als Heilmittel.

Wachenheim (New York).

G. A. Moleen. The neurology of epidemic or acute anterior poliomyelitis. (Neurologie der akuten Kinderlähmung.) Colorado Med., Februar 1915. Wachenheim (New York).

E. E. Moody and **MPC. Woodruff.** The Schick reaction in the handling of diphtheria epidemics. (Verwertung der Schickreaktion bei Diphtherieepidemien.) Missouri State Med. Assoc. Journ., April 1915. Wachenheim (New York).

E. E. Moody. The intradermic diphtheria toxin test. (Die Schicksche Diphtherieprobe.) Journ. Americ. Med. Assoc., 10. April 1915. Wachenheim (New York).

Nicoll. Three cases of gonococcus septicemia with arthritis following scarlet fever. (3 Fälle von Gonokokkenseptikämie mit Arthritis nach Scharlachfieber.) Arch. of Pediatrics., November 1914. Wachenheim (New York).

Ostheimer. The duration of infection in scarlet fever. (Dauer der Infektiosität beim Scharlachfieber.) Pennsylvania Med. Journ., November 1914. Wachenheim (New York).

Perkins. Epidemiology of whooping-cough, measles, scarlet fever and diphtheria in Cleveland for 1913. Cleveland Med. Journ., Dezember 1914. Wachenheim (New York).

Riha. Whooping-cough. (Keuchhusten.) New Jersey State Med. Soc. Journ., Dezember 1914. Wachenheim (New York).

Schatz. Primary nasal diphtheria. New York Med. Journ., 2. Januar 1915. Wachenheim (New York).

D. E. Shy. Poliomyelitis; report of cases. (Poliomyelitis; Kasuistik.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Mai 1915. Wachenheim (New York).

Fritz Spieler. Erfahrungen aus der letzten Wiener Rötelnepidemie. Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1915, Bd. XIV, S. 58.

R. Vaglio. Un caso di paratifo B con ittero grave. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 178.

C. L. Washburne. Some phases of the infantile paralysis problem. (Anschauungen über die Frage der Kinderlähmung.) Michigan State Med. Soc. Journ., März 1915. Wachenheim (New York).

Weil. The efficacy of vaccines in the treatment of chronic diphtheria carriers. (Erfolgreiche Vakzinebehandlung der Diphtherieträger.) New Orleans Med. and Surg. Journ., November 1914. Wachenheim (New York).

J. Weinstein. Deafness following mumps. (Taubheit infolge von Mumps.) Med. Record, 27. Februar 1915. Wachenheim (New York).

Wheeler. Epidemic cerebrospinal meningitis. West Virginia Med. Monthly, Januar 1915. Wachenheim (New York).

Whitman. Pathology of acute anterior poliomyelitis. Colorado Med., Januar 1915. Wachenheim (New York).

Young. Occurrence of return cases of scarlet fever and diphtheria. (Unmittelbare Ansteckung bei Scharlachfieber und Diphtherie.) Journ. Americ. Med. Assoc., 6. Februar 1915.
Die Strenge der Absperrung macht entschiedene Unterschiede. Wachenheim (New York).

Tuberkulose.

A. de Besche. Simultaneous infection in child with tubercle bacilli of human and of bovine type. (Gleichzeitige Infektion mit Menschen- und Rindertuberkulose.) Journ. of Infect. Dis., Mai 1915. Wachenheim (New York).

Chadwick. The treatment of tuberculous cervical adenitis. (Behandlung der tuberkulösen Zervikaladenitis.) Boston Med. and Surg. Journ., 7. Januar 1915. Wachenheim (New York).

Mc Cleave. The prevention of tuberculosis in children. (Verhütung der Tuberkulose bei Kindern.) California State Journ. of Med., November 1914. Wachenheim (New York).

J. P. Cullen. The relationship of pulmonary tuberculosis in childhood (hilum phthisis) to the phthisis of adult life, with a comparison of their symptoms and signs. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 214.

T. Frazer. The significance of the von Pirquet test. (Bedeutung der v. Pirquetprobe.) Southern Med. Journ., Februar 1915. Wachenheim (New York).

C. Graef and **G. Ginsberg.** Some observations of the Schick test. (Beobachtung mit der Schickprobe.) Journ. Americ. Med. Assoc., 10. April 1915. Wachenheim (New York).

Hawes. The treatment of tuberculous cervical adenitis. (Behandlung der tuberkulösen Zervikaladenitis.) Boston Med. and Surg. Journ., 7. Januar 1915. Wachenheim (New York).

Langstein. Vorbeugende Maßregeln gegen die Tuberkulose im Säuglingsalter. Bl. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VI, S. 165.

— Vorbeugende Maßnahmen im Kampf gegen die Säuglingstuberkulose. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 8.

Neff. Tuberculosis in childhood. (Tuberkulose im Kindesalter.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Januar 1915. Wachenheim (New York).

v. Pirquet. Frühzeitige Erkenntnis der Tuberkulose und Säuglingsschutz. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 1.

Sauer. Hemiparesis and hemiplegia as early symptoms of tuberculous meningitis. (Hemiparesen und Hemiplegie als Frühsymptome der tuberkulösen Meningitis.) Arch. of Pediatrics, Dezember 1914. Wachenheim (New York).

J. W. Sever and **E. W. Fiske.** The prognosis and treatment of tuberculosis of the knee in childhood. (Prognose und Behandlung der Knietuberkulose im Kindesalter.) Journ. Americ. Med. Assoc., 24. April 1915. Wachenheim (New York).

Silvio de Stefano. Un caso di cirrosi cardio-tubercolare con tubercolomi cerebrali. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 113.

Dunning S. Wilson. Pulmonary tuberculosis with laryngo-pharyngeal stenosis: Report of a case. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 320.

Syphilis.

T. Le Boutillier. Salvarsan in the therapeutics of childhood. (Die Salvarsantherapie im Kindesalter.) Pennsylvania Med. Journ., Januar 1915. Wachenheim (New York).

S. Cannata. Sul contenuto in colesterina del siero di sangue nell' ereditosifilide. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 161.

H. C. Clark and **I. N. Gates.** Treponema pallidum found at autopsy in the blood-stream and elsewhere in a case of congenital syphilis. (Sektionsbefund des Treponema pallidum im Blutstrom und anderswo bei kongenitaler Syphilis.) Americ. Journ. Childr., Februar 1915. Wachenheim (New York).

W. C. Hollopeter. Syphilis in children. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 107.

— Syphilis in children. (Syphilis bei Kindern.) Pennsylvania Med. Journ., Januar 1915. Wachenheim (New York).

Jeans and **Butler.** Hereditary syphilis as a social problem. (Hereditäre Syphilis als Sozialfrage.) Americ. Journ. Dis Childr., November 1914. Wachenheim (New York).

Leo Wolf. The early diagnosis of congenital syphilis. (Frühdiagnose der angeborenen Syphilis.) New York State Journ. of Med., Januar 1915. Wachenheim (New York).

Leo Wolf. The early diagnosis of congenital syphilis. (Frühdiagnose der angeborenen Syphilis.) New York State Journ of Med., Januar 1915. Wachenheim (New York).

O. Pentagna. Sifilide ereditaria tardiva della ossa lunghe in una bambina di 28 mesi. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 106.

Respirationsorgane.

J. Epstein. A touch of pneumonia, an aborted pneumonia, and the mistreatment of pneumonia in children. Pediatrics, 1915. Bd. XXVII, S. 70.

S. A. Friedberg. Upper bronchoscopy for a foreign body in an infant three months old. (Obere Bronchoskopie für einen Fremdkörper bei einem 3monatigen Kinde.) Journ. Americ. Med. Assoc., 15. Mai 1915. Wachenheim (New York).

Charles Gilmore Kerley. Recurrent bronchitis in children. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 175.

Salvatore Maggiore. Significato di alcune ipofonesi toraciche nei bambini della seconda e terza infanzia. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII. S. 165.

Talbot. Asthma in children, its relation to egg-poisoning. (Verhältnis der Kinderasthmas zur Eivergiftung.) Boston Med. and Surg. Journ., 5. November 1914. Wachenheim (New York).

Blut und blutbildende Organe.

Brady. Hemorrhagic disease of the new-born. (Hämophilie der Neugeborenen.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Januar 1915. Wachenheim (New York).

R. Kharina-Marinucci. Su tre casi di perniciosa in bambini. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 101.

Innere Sekretion.

Tom A. Williams. A discussion of some factors of disorders of internal secretion in children. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 8.

Verdauungstraktus.

De Bruys. Amebic dysentery in children. (Amöbendysenterie bei Kindern.) Journ. Americ. Med. Assoc., 21. November 1914. Wachenheim (New York).

M. B. Clopton. Appendicitis in children. (Appendizitis bei Kindern. Missouri State Med. Assoc. Journ., März 1915. Wachenheim (New York).

— Appendicitis in children. (Appendizitis bei Kindern.) Southwest Journ. of Med. and Surg., April 1915. Wachenheim (New York).

Malvern B. Clopton. Appendicitis in children. Pediatrics, 1915. Bd. XXVII, S. 270.

Antonino Corica. L'anemia sperimentale da pirodina e l'ulcera semplice dello stomaco e del duodeno. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII. S. 119.

A. Crotti. Pyloric stenosis in infancy. (Pylorusstenose im Säuglingsalter.) Ohio State Med. Journ., April 1915. Wachenheim (New York).

E. D. Ebright. Appendicitis in children. (Appendizitis bei Kindern. Kansas Med. Soc. Journ., März 1915. Wachenheim (New York).

D. N. Eisendrath and **A. A. Strauss.** Acute abdomen in children. (Akute Baucherkrankungen bei Kindern.) Illinois Med. Journ., April 1915. Wachenheim (New York).

C. R. Hancock. A case of intussusception caused by an inverted Meckel's diverticulum. (Fall von Darminvagination durch ein invertiertes Meckel'sches Divertikel verursacht.) Journ. Americ. Med. Assoc., 27. März 1915. Wachenheim (New York).

J. B. Jackson. A case of congenital atresia of the esophagus. (Angeborene Ösophagusatresie.) Michigan State Med. Soc. Journ., März 1915. Wachenheim (New York).

Wilhelm Knöpfelmacher und **Gertrud Bien.** Untersuchungen über die Nabelkoliken älterer Kinder. Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1915, Bd. XIV, S. 2.

I. Lederman. Esophageal stricture: report of a case. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 10.

J. I. Linde and **S. B. Kleiner.** A case of congenital idiopathic dilatation of the colon. (Fall von Hirschsprungscher Krankheit.) Arch. of Pedriatrics, April 1915. Wachenheim (New York).

W. E. Lower. Hirschsprung's disease. (Hirschsprungsche Krankheit.) Cleveland Med. Journ., Januar 1915.
Der 11jährige Patient starb kurz nach der Resektion des ganzen Dickdarms. Wachenheim (New York).

E. W. Peterson. The danger of delay in the diagnosis and treatment of intussusception in infancy. (Gefahr der verzögerten Diagnose und Behandlung der Darminvagination.) Med. Record, 16. Februar 1915. Wachenheim (New York).

Reuben. Pyloric stenosis in infancy. (Pylorusstenose im Säuglingsalter.) Arch. of Pediatrics, November 1914.
Angabe von 3 Fällen. Wachenheim (New York).

John B. Richardson. Intussusception. Pediatrics, 1915, Ba. XXVII, S. 183.

Leber und Gallenwege.

M. A. Tate. Primary carcinoma of the liver in a child. (Primäres Leberkarzinom bei einem Kinde.) Americ. Journ. of Obstet., April 1915. Wachenheim (New York).

Milz.

E. P. Bernstein. Gaucher splenomegaly diagnosed by spleen puncture before operation. (Diagnose mittels Milzpunktion der Splenomegalie Gaucher vor der Operation.) Journ. Americ. Med. Assoc., 5. Juni 1915. Wachenheim (New York).

J. P. Mc Kelvy and **J. Rosenbloom.** A case of congenital hemolytic jaundice with splenomegaly. (Fall von angeborenem hämolytischem Ikterus mit Splenomegalie.) Arch. of Int. Med., Februar 1915. Wachenheim (New York).

Urogenitalsystem.

Fischer. Report of a case of hypernephroma. (Fall von Hypernephrom.) Arch. of Pediatrics, November 1914. Wachenheim (New York).

G. J. Laben. Pyelitis in children. (Pyelitis bei Kindern.) Illinois Med. Journ., April 1915. Wachenheim (New York).

George J. Laben. Pyelitis in children. (Pyelitis bei Kindern.) Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 224.

Edward Clay Mitchell. Infection of the urinary tract in children. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 263.

L. Porter. Renal infantilism. Arch. of Pediatrics, Februar 1915. Wachenheim (New York).

Bewegungsapparat.

J. M. Wallfield. Congenital diverticulum of urinary bladder in infants and children. (Angeborenes Harnblasendivertikel bei Kindern.) New York Med. Journ., 22. Mai 1915. Wachenheim (New York).

Jones. Chronic polyarthritis in children. (Chronische Polyarthritis bei Kindern.) Colorado Med., November 1914.
Wachenheim (New York).

Psychologie und Psychopathologie.

F. Allport. The backward child. (Das zurückbleibende Kind.) Michigan State Med. Soc. Journ., Mai 1915.
Wachenheim (New York).

V. v. Hovorka. Wie entsteht der Schwachsinn der Kinder? Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürs., 1915, Nr. 2.

W. B. Noyes. Studies of atypical children. (Untersuchungen über atypische Kinder.) Med. Record, 29. Mai 1915.
Wachenheim (New York).

J. H. W. Rhein. Insanity in children. (Geistesstörungen bei Kindern.) Americ. Journ. of Insanity, Januar 1915.
Wachenheim (New York).

Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Barkan. Infantile and juvenile tabes. California State Journ. of Med., Dezember 1914. Wachenheim (New York).

A. H. Belfeld. A case of convulsions in a new-born baby. (Krämpfe bei einem Neugeborenen.) Michigan State Med. Soc. Journ., Februar 1915. Wachenheim (New York).

Du Bois and Neal. Streptococcus meningitis with report of a cured case. (Geheilter Fall von Streptokokkenmeningitis.) Arch. of Pediatrics, Januar 1915. Wachenheim (New York).

Cherry. The diagnosis and treatment of meningitis. (Diagnose und Behandlung der Meningitis.) West Virginia Med. Monthly, Januar 1915.
Wachenheim (New York).

W. H. Coleman. Atypical Erb's paralysis. Report of a case. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 123.

W. Fürstenheim. Die Entstehung und Verhütung der Nervosität im Säuglingsalter. Bl. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VI, S. 97.

Gordon. An unusual form of birth palsy. (Ungewöhnliche Geburtslähmung.) Journ. Americ. Med. Assoc., 26. Dezember 1914.
Bilaterale Lähmung der Handgelenksflexoren.
Wachenheim (New York).

Main. The epileptic child. (Das epileptische Kind.) Florida Med. Assoc. Journ., Januar 1915. Wachenheim (New York).

J. C. Martin. Trichotillomania. Journ. Americ. Med. Assoc., 10. April 1915.
Bericht über einen Fall von Epilationsmanie bei einem vierjährigen Knaben. Wachenheim (New York).

Moore. Enuresis in children. (Enurese bei Kindern.) Kentucky Med. Journ., Dezember 1914. Wachenheim (New York).

J. J. Moren. The diagnosis of paralysis in childhood. (Diagnose der Lähmung im Kindesalter.) Kentucky Med. Journ., 1. Februar 1915.
Wachenheim (New York).

H. Neuhof. Rectal polyp in childhood. (Mastdarmpolyp bei Kindern. New York Med. Journ., 22. Mai 1915.
Wachenheim (New York).

R. J. E. Oden. Hydrocephalus. Journ. Americ. Med. Assoc., 6. März 1915.
Verf. sieht einen Zusammenhang mit erschwerter Geburt infolge von Beckenverengerung. Wachenheim (New York).

M. J. Synnott. A case of Bell's palsy. (Fall von Fazialislähmung.) Arch. of Pediatrics, März 1915. Wachenheim (New York).

Thomas and **Blackfan.** Recurrent meningitis, due to lead, in a child of five years. (Rezidivierende Meningitis bei einem 5jährigen Kinde infolge von Bleivergiftung.) Americ. Journ. Dis. Childr., November 1914. Wachenheim (New York).

H. W. Wright. Infantile hemiplegia. Journ. Americ. Med. Assoc., 8. Mai 1915. Wachenheim (New York).

Stoffwechselkrankheiten.

Grell. Pellagra in children. (Pellagra bei Kindern.) Southern Med. Journ., Januar 1915. Wachenheim New York).

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

W. G. Mc Gallum. Chondrodystrophia foetalis. Bull. Johns Hopkins Hosp., Mai 1915. Wachenheim (New York).

Ostheimer. Fragilitas ossium. Journ. Americ. Med. Assoc., 5. Dezember 1914. Wachenheim (New York).

Haut.

Olimpio Cozzolino. Macchie mongoloidi a sede superficie ventrale del corpo. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 93.

Auge.

Buxton. Congenital defects of the eyes that manifest themselves in children. (Angeborene Augendefekte.) Oklahoma State Med. Assoc. Journ., November 1914. Wachenheim (New York).

C. F. Clark. Congenital cataract. (Angeborener Star.) Ohio State Med. Journ., Februar 1915. Wachenheim (New York).

— Congenital cataract. (Angeborener Star.) Ophthalmic Record, März 1915. Wachenheim (New York).

E. S. Clouting. Neuritis optica concurrent with whooping cough. (Neuritis optica in Begleit des Keuchhustens.) New York Med. Journ., 22. Mai 1915. Wachenheim (New York).

H. P. De Forest. Blindness of the new born. (Blindheit der Neugeborenen.) New York Med. Journ., 29. Mai 1915. Wachenheim (New York).

Fringer. The importance of early treament of strabismus in infants. (Wichtigkeit der Frühbehandlung des Strabismus bei Säuglingen.) Illinois Med. Journ., November 1914. Wachenheim (New York).

Johnson. The care of babies'eyes. (Augenpflege der Säuglinge.) Kansas Med. Soc. Journ., Januar 1915. Wachenheim (New York).

G. A. Neuffer. Ophthalmia neonatorum. North Carolina Med. Assoc. Journ., Februar 1915. Wachenheim (New York).

W. C. Posey. Some unusual forms of congenital cataract. (Ungewöhnliche Formen des angeborenen Stares.) Pennsylvania Med. Journ., Februar 1915. Wachenheim (New York).

Tivnen. Blindness caused by ophthalmia neonatorum. (Blindheit infolge von Ophthalmia neonatorum.) Journ. Americ. Med. Assoc., 14. November 1914. Wachenheim (New York).

Wolffberg. Beitrag zur Sehschärfeprüfung nach S n e l l e n. Der Schularzt, 1915, Bd. XIII, S. 149.

— Prüfung der Sehleistung mittels des „Diagnostischen Blickweisers". Der Schularzt, 1915, Bd. XIII, S. 321.

Mund, Nase, Ohr, Kehlkopf.

C. B. Barker. Nasal obstruction in children. (Nasenverlegung bei Kindern.) Oklahoma State Med. Assoc. Journ., Februar 1915. W a c h e n h e i m (New York).

C. C. Charlton. The treatment of acute suppurative otitis media in infants and children. (Behandlung der akuten Mittelohrentzündung bei Kindern.) New Jersey Med. Soc. Journ., Mai 1915. W a c h e n h e i m (New York).

Levy. Suspension laryngoscopy in children. (Suspensionslaryngoskopie bei Kindern.) Laryngoscope, November 1914. W a c h e n h e i m (New York).

E. E. Woodside. Acute infantile otitis. Illinois Med. Journ., Februar 1915. W a c h e n h e i m (New York).

Chirurgie.

L. Chiaravalloti. Fibro-mixo-sarcoma del mesentere in un bambino di due anni. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 184.

Fedde. Two cases of retropharyngeal abscess. (2 Fälle von Retropharyngealabszeß.) Med. Record, 12. Dezember 1914. W a c h e n h e i m (New York).

E. Lee Heflin. Colles fracture. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 211.

L. M. Kahn. Some acute surgical diseases of the abdomen in children. (Akute Baucherkrankungen bei Kindern.) New York State Journ. of Med., April 1915. W a c h e n h e i m (New York).

V. B. Knott. Ovarian carcinoma in a child aged eleven. (Eierstockkarzinom bei einem 11jährigen Kinde.) Journ. Americ. Med. Assoc., 8. Mai 1915. W a c h e n h e i m (New York).

Orthopädie.

Adams. The causes of scoliosis and their relation to treatment. (Ursachen der Skoliose und ihr Verhältnis zur Behandlung.) Journ. Americ. Med. Assoc., 2. Januar 1915. W a c h e n h e i m (New York).

Thomas. So-called congenital scoliosis. (Sogenannte angeborene Skoliose.) Journ. Americ. Med. Assoc. ,23. Januar 1915. W a c h e n h e i m (New York).

Mißbildungen.

W. N. Bradley. Report of a case of congenital deformity of both hands and both feet. (Angeborene Mißbildung beider Hände und beider Füße.) Arch. of Pediatrics, April 1915. W a c h e n h e i m (New York).

Prescott Le Breton. Congenital lateral curvature of the spine. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 73.

Gardiner. Congenital absence of the right pectoralis major and minor muscles. (Angeborenes Fehlen der rechten Mm. pectoralis major et minor.) Journ. Americ. Med. Assoc., 6. Februar 1915. W a c h e n h e i m (New York).

C. S. Venable. The neglect of deformities in children. (Vernachlässigung der Difformitäten bei Kindern.) Texas State Journ. of Med., Januar 1915. Wachenheim (New York).

Vergiftungen.

John E. Kinchloe. Death from carbolic acid: Foreign bodies. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 261.

S. Weiß. Der Einfluß des Alkohols auf den Organismus des Kindes. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürs., 1915, Nr. 4.

Hygiene und soziale Medizin.

Theodor Altschul. Krieg und Jugendfürsorge. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1915, Bd. XXVIII, S. 49.

C. S. Bacon. Infant mortality due to labor. (Durch den Geburtsakt verursachte Säuglingssterblichkeit.) Journ. Americ. Med. Assoc., 19. Juni 1915. Wachenheim (New York).

Marie Baum. Die Kriegswochenhilfe. Zeitschr. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VIII, S. 245.

J. Wallace Beveridge. Eugenics a factor in race betterment. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 315.

W. N. Bradley. The relation of the pediatrist to the community. (Verhältnis des Kinderarztes zur Gemeinde.) Arch. of Pediatrics, Februar 1915. Wachenheim (New York).

A. W. Bruck. Säuglingsfürsorge in Kattowitz. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 2.

H. Brünning. Welche Gesichtspunkte sind bei der Errichtung und dem Betrieb einer Tagkrippe maßgebend? Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 2.

A. K. Chalmers. Ante natal hygiene and its relation to still and premature births and mortality in the first months of life. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 18.

Chapin. Are institutions for infants necessary? (Sind Kinderanstalten notwendig?) Journ. Americ. Med. Assoc., 2. Januar 1915.
Wegen der Gefahr des Hospitalismus zieht Verf. die Pflege zu Hause vor. Im Notfalle soll der Aufenthalt im Hospital möglichst abgekürzt werden. Wachenheim (New York).

G. E. Day. The reduction of infant mortality; how can it best be accomplished? (Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit.) New Jersey Med. Soc. Journ., Mai 1915. Wachenheim (New York).

Mary Eisenstaedt. Die Säuglingssterblichkeit im allgemeinen und an Magendarmkrankheiten in den Städten der Schweiz und in Davos in den einzelnen Monaten des Jahres und in 6 Ortschaften der Schweiz in den einzelnen Quartalen des Jahres im Durchschnitt der Jahre 1900 bis 1909. Zeitschr. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VIII, S. 254.

English. The reduction of infant mortality. (Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit.) New Jersey State Med. Soc. Journ., Dezember 1914. Wachenheim (New York).

Thomas N. Gray. The reduction of infant mortality: How can it best be accomplished? Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 60.

O. Gumpf. Die Bedeutung der freiwilligen Tätigkeit der Frau in der Krippe. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 8.

Halbey. Die Lebendgeburten im Landkreise Kattowitz in den Jahren 1910 und 1911. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 6.

Henkel. Die Säuglingsfürsorge in Oberbayern. Bl. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VI, S. 125.

Herzog. Der Geburtenrückgang in Deutschland. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 7.

O. Heubner. Über Säuglingsfürsorge einst und jetzt. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 1.

Th. Hoffa. Kindersterblichkeit und Geburtenhäufigkeit in Barmen von 1876 bis 1913. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 10.

Ph. Jung. Wie ist der Unterricht der Hebamme in der Säuglingsfürsorge zu gestalten? Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 4.

Kirchhoff. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in der Stadt Liegnitz i. Schl. während der Kriegszeit. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 12.

Langstein. Geburtenrückgang und Säuglingsschutz. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 1.

Leo Langstein. Entwicklung, Erfahrungen und praktische Arbeit des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche. Berliner klin. Wochenschr., 1915, Nr. 20 und 21.

Larenz. Alimenteneinziehung durch Gemeindeverwaltungsstellen. Zeitschr. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VIII, S. 193.

M. Maçon. Die Tätigkeit der Zentrale für Säuglingsfürsorge in Bayern im Jahre 1913/14. Bl. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VI, S. 172.

P. Misch. Erfahrungen aus der Säuglingskrippe. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 2.

Mittelhäuser. Drei Jahre Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 6.

Erich Nassau. Krieg und Stilltätigkeit. Bl. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VI, S. 350.

Karl Oppenheimer. Stillprämien und Beratungsstellen. Bl. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VI, S. 157.

Eric Pritchard. The scope and functions of schools for mothers. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 50.

L. Quadflieg. Über die Notwendigkeit des Mutterschutzes und die staatliche Mutterschaftsversicherung. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 8.

Rademacher. Die Bedeutung der Hebammen für den Säuglingsschutz, besonders auf dem platten Lande. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 5.

John Robertson. The special responsibilities of sanitary authorities in regard to infant welfare. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 13.

Rogers. The child and sanitation in South Carolina. (Kindeshygiene in Südcarolina.) South Carolina Med. Assoc. Journ., November 1914. Wachenheim (New York).

Rott. Das Museum für Säuglingskunde im Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 9.

Salge. Die Bedeutung der ärztlichen Ausbildung für die Säuglings- und Kinderfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 2.

J. Schoedel. Gemeinsame Tätigkeit der Ortskrankenkasse und der Säuglingsfürsorgestelle in Chemnitz auf Grund des § 200 der Reichsversicherungsordnung. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 5.

Rosalie Schoenflies. Der Ausbau der Mutterschaftsversicherung. Bl. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VI, S. 221.

G. Seiffert. Unsere Volksernährung im Kriege. Bl. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VI, S. 198.

G. Seiffert. Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge in Bayern während der Jahre 1911 und 1912. Bl. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VI, S. 229.

— Krieg und Säuglingssterblichkeit. Bl. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VI, S. 313.

— Bayerns Geburtenzahl und Säuglingssterblichkeit 1840 bis 1913. Bl. f. Säuglingsfürs., 1915, Bd. VI, S. 345.

L. A. De Vilbiss. Opportunity for the cooperation of the medical profession in the baby health conference movement. (Mitwirkung der Ärzte in der Bewegung für Säuglingshygiene.) Arch. of Pediatrics, April 1915. Wachenheim (New York).

J. Zahorsky. The problems of the foundling home. (Probleme des Findelhauses.) Americ. Journ. of Obstet., Mai 1915. Wachenheim (New York).

Eine französische und eine deutsche Mutterschaftsversicherung. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 9.

Schule.

J. Aikman. Medical inspection of open air schools. (Ärztliche Aufsicht der Freiluftschulen.) Journ. Americ. Med. Assoc., 27. Februar 1915. Wachenheim (New York).

Adolf Baginsky. Schulhygienisches in der Kriegszeit. Der Schularzt, 1915, Bd. XIII, S. 241.

Barnes. The medical inspection of schools in Connecticut. (Die ärztliche Schulaufsicht in Connecticut.) Med. Record, 2. Januar 1915. Wachenheim (New York).

Bowman. Conservation of children in our schools. (Kinderschutz in der Schule.) Southern Med. Journ., Dezember 1914. Wachenheim (New York).

J. Dreyfuß. Beitrag zur Frage des Ernährungszustandes und der Konstitution der Schulkinder. Der Schularzt, 1915, Bd. XIII, S. 193.

R. K. Flannagan. The medical inspection of rural schools. (Ärztliche Aufsicht der Landschulen.) Southern Med. Journ., Februar 1915. Wachenheim (New York).

W. L. Funkhouser. The medical inspection of school children. (Ärztliche Schulkinderaufsicht.) Georgia Med. Assoc. Journ., März 1915. Wachenheim (New York).

Gottkant und **Helbrich.** Aus der schulärztlichen Tätigkeit zu Berlin-Schöneberg im Schuljahr 1913/14. Der Schularzt, 1915, Bd. XIII, S. 81.

G. Gohde. Lehrkurse für Redner über Volksernährung im Kriege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1915, Bd. XXVIII, S. 111.

— Sparsamkeit in allen Dingen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1915, Bd. XXVIII, S. 225.

— Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke. Der Schularzt, 1915, Bd. XIII, S. 273.

Gertrud Hepner. Beitrag zur Frage der körperlichen Entwicklung zurückgestellter Kinder im Zurückstellungsjahr. Der Schularzt, 1915, Bd. XIII, S. 145.

Von Holwede. Einführung der Säuglingspflege in den Lehrplan der Mädchenschulen. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, H. 12.

Ferdinand Kemsies. Das hygienische Gleichgewicht in der Erziehung. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1915, Bd. XXVIII, S. 242.

— Vaterländische Erziehung und Wehrübungen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1915, Bd. XXVIII, S. 289.

J. H. M. Knox. The care of institutional infants autside of institutions. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 114.

Gr. Rostowzeff. Über das System der Versorgung der Schulen mit Subsellien. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1915, Bd. XXVIII, S. 169.

F. Steinhaus. Beiträge zur Frage der Bedeutung des werktätigen Unterrichtes für die körperliche Entwicklung von Lernanfängern. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1915, Bd. XXVIII, S. 209.

P. Stephani und **E. Lochert.** Die amerikanischen Freiluftschulen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Einrichtungen in Chicago. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1915, Bd. XXVIII, S. 60, 99.

A. Thiele. Die Untersuchung der Schulanfänger. Der Schularzt, 1915, Bd. XIII, S. 369.

Marg. Weinberg. Italienische Freiluftschulen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1915, Bd. XXVIII, S. 109.

I. S. Wile. The relation of physicians to the public school system. (Verhältnis der Ärzte zum Schulwesen.) New York Med. Journ., 17. April 1915. W a c h e n h e i m (New York).

Wynkoop. The importance of the medical supervision of older children. (Die ärztliche Aufsicht älterer Kinder.) Arch. of Pediatrics, Januar 1915. W a c h e n h e i m (New York).

— The importance of the medical supervision of older children. (Ärztliche Aufsicht älterer Kinder.) New York State Journ. of Med., Februar 1915. W a c h e n h e i m (New York).

Ratgeber für die Berufswahl der Knaben bei ihrer Entlassung aus der Volksschule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1915, Bd. XXVIII, S. 338.

Inhalt.

Leiner. *Sammelreferat über die dermatologische Literatur des Jahres 1914 343.* — **Physiologie und allgemeine Pathologie. Kling.** *Bac. bifidus im Darm 353.* — **Jaffé** und **Pribram.** *Abwehrfermente 353.* — **Beumer.** *Abderhaldens Dialysierverfahren 353.* — **Behandlung und Pflege. Krone.** *Balneotherapie 354.* — **Brieger.** *Hydrotherapie 354.* — **Bakteriologie. Flexner** und **Amoss.** *Poliomyelitisgift 355.* — **Entwicklung und Sprache. Weinberg.** *Stimmorgan der Volksschulkinder 355.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie. Müller** und **Schloss.** *Herstellung der Nahrung 356.* — **Beck.** *Kaseinkalziummilch 356.* — **Raudnitz.** *Erdnußmilch 356.* — **Uffenheimer.** *Schädlicher Nahrungsrest 356.* — **Hertz.** *Kuhmilchidiosynkrasie 357.* — **Lehnerdt.** *Rumination 358.* — **Stumpf.** *Bolus alba 358.* — **Starkenstein.** *Tierkohle 358.* — **Milchwissenschaft und Molkereipraxis. Türk.** *Verseuchung der Milch 359.* — **Drews.** *Kuhmilchgewinnung 359.* — **Kühl.** *Milchversorgung 360.* — **Wachstum und Stoffwechsel. Engel.** *Harnabscheidung 360.* — **Grosser.** *Stoffwechsel bei Rachitis 360.* — **Lust.** *Bedeutung des Kalkes 362.* — **Göppert.** *Therapeutische Verwendung der Kalksalze 363.* — **Fötus und Embryo. Masay.** *Infektion des Fötus 364.* — **Neugeborene. Zacharias.** *Genitalblutungen 364.* — **Diathesen. Wernstedt.** *Spasmophile Diathese 365.* — **Schridde.** *Status thymo-lymphaticus 365.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.**

Isenschmid und **Schemensky.** *Scharlach 366.* — **Eichhorst.** *Scharlach und Erythema nodosum 366.* — **Glaser. Lenzmann.** *Salvarsan bei Scharlach 367.* — **Benda.** *Scharlach und Diphtherie 368.* — **Bendix.** *Diphtherie 368.* — **Hartoch** und **Schürmann.** *Diphtherieserum 368.* — **Kobrak.** *Blennorrhoische Prozesse durch Diphtheriebazillus 369.* — **Dreyfus** und **Schürer.** *Postdiphtherische Polyneuritis 369.* — **Reiche.** *Plaut-Vincentsche Angina und Diphtherie 369.* — **Leschke.** *Pneumokokkenangina 370.* — **Polak.** *Erysipel 370.* — **Pollitzer.** *Chronischer Gelenksrheumatismus 370.* — **Kreuter** *371.* — **Jehn. Hochhaus** *372.* — **Kreuter. Müller** *373.* — **Usener. Dreyfus** und **Unger.** *Tetanus 374.* — **Feer** *374.* — **Popper. Neurath** *375.* — **Löhr.** *Keuchhusten 376.* — **Singer.** *Dysenterie 376.* — **Jacob** *376.* — **Romberg.** *Typhus 377.* — **Prašek.** *Cholera asiatica 377.* — **Unger.** *Variola 377.* — **Tuberkulose. Liebermeister.** *Sekundäre Tuberkulose 378.* — **Gölz.** *Bronchialdrüsentuberkulose 378.* — **Fröhlich.** *Tuberkulose bei Volksschulkindern in Kristiania 379.* — **Ranke.** *Diagnose 380.* — **Keppler** und **Erkes.** *Tuberkulinherdreaktion 380.* — **E. Müller.** *Behandlung und Prophylaxe 380.* — **Kühlmann.** *Röntgenbehandlung 381.* — **Oehler.** *Röntgentiefentherapie 381.* — **Treplin.** *Behandlung an der See 382.* — **Breiger.** *Behandlung mit künstlichem Licht 383.* — **Scholz.** *Friedemannsches Heilmittel 383.* — **Strauß.** *Behandlung mit Lekutyl 383.* — **Syphilis. Much.** *Syphilis 383.* — **Friedjung.** *Diagnostik und Therapie 384.* — **Glaser.** *Syphilis oder Raynaudsche Krankheit 385.* — **Zirkulationsapparat. Stadler.** *Endocarditis lenta 385.* — **Reye.** *Endocarditis verrucosa 386.* — **Rohmer.** *Asthma cardiale 387.* — **Respirationsorgane. Lommel.** *Bronchitis und Bronchiolitis 387.* — **Winter.** *Bronchialasthma 388.* — **Blut und blutbildende Organe. Hirschfeld.** *Blutkrankheiten 389.* — **Herz.** *Anämie 390.* — **Innere Sekretion. Schemensky.** *Thyreoaplasie 390.* — **Verdauungstraktus. Hertz.** *Pylorusstenose 390.* — **Urogenitalsystem. Janowski.** *Nierenkrankheiten 392.* — **Volhard.** *Brightsche Nierenkrankheit 392.* — **Magnus-Alsleben.** *Ödeme bei Nephritis 392.* — **Psychologie und Psychopathologie.** *Psychoanalyse 393.* — **Raecke.** *Geistesstörung und Kriminalität 393.* — **Erziehung. Förster.** *Heilpädagogik 393.* — **Lederer.** *Gesetzentwurf über Jugenderziehung 394.* — **Widenka.** *Landeserziehungsanstalt in Teschen 394.* — **Erkrankungen des Zentralnervensystems. Hirsch.** *Pseudotetanus 394.* — **Lomer.** *Schriftstörung bei Chorea. 395.* — **Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen. Brandes.** *Osteochondritis deformans 395.* — **Haut. Spiethoff.** *Schuppenflechte 396.* — **Auge. Silfverskiöld.** *Lichtscheu bei Skrofulose 396.* — **Nase, Ohr, Kehlkopf. Wernstedt.** *Larynxstridor 397.* — **Chirurgie. Baggerd.** *Luftröhrenschnitt 398.* — **Orthopädie. Schanz.** *Skoliosenbehandlung. 398.* — **Mißbildungen. Falk.** *Halsrippen 399.* — **Hygiene und soziale Medizin. Wahrendorf.** *Säuglingsfürsorge 400.* — **Hofmokl.** *Säuglingsfürsorge 400.* — **Salge.** *Arzt und Säuglingsfürsorge 400.* — **Moll.** *Säuglingsfürsorgerin 401.* — **Hecke.** *Pflegekinder in Österreich 401.* — **Schloßmann.** *Drehlade*

401. — **Hanssen.** *Säuglingssterblichkeit in Kiel 401.* — **Sieveking. Hanssen.** *Säuglingssterblichkeit in Hamburg 401.* — **Behrens.** *Säuglingssterblichkeit in Baden 402.* — **Schmidt.** *Säuglingsfürsorgestelle München-Westend 402.* — **Deutsch.** *Säuglingssterblichkeit 402.* — **Moll.** *Stillstuben 402.* — **Metzl.** *Hebammenprämien 402.* — **Schloßmann.** *Geburtenrückgang 403.* — **Dvorak.** *Mutterschutz 403.* — **Janisch.** *Mädchenhandel 403.* — **Moll.** *Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge 403.* — **v. Pidoll.** *Zentralstelle für Kinderschutz 403.* — **Brüning** und **Leebler.** *Rostocker Kinderklinik 404.* — **Heller.** *Fürsorgeheim in Hohenelbe 404.* — **Lederer.** *Bezirksheimstätte in Schlackenwerth 404.* — **Billek.** *Kinderschutz- und Rettungsgesellschaft in Wien 404.* — **Kolinsky.** *Organisierter Jugendschutz 404.* — **Becker.** *Kurse für Lehrer in der Jugendfürsorge 405.* — **Belem.** *Schulzaufsicht für Jugendliche 405.* — **v. Liszt.** *Berliner Jugendfürsorge 405.* — **Pinkus.** *Jugendfürsorge auf der schweizerischen Landesausstellung 405.* — **Colbert.** *Der Pikkolo 405.* — **Neumann.** *Trinkerfürsorge und Jugendschutz 406.* — **Lemberger.** *Fürsorge für aufsichtslose Schuljugend in Wien 406.* — **Haupt.** *Lehrlingsfürsorge 406.* — **Deutsch.** *Versorgung abnormer Kinder 406.* — **Spitzy.** *Körperliche Erziehung 406.* — **Becker.** *Bedeutung der Freude für die Erziehung 407.* — **Gottstein.** *Krüppelfürsorge 407.* — **Baernreiter.** *Staatsbürgerliche Erziehung 407.* — **v. Schönwies.** *Jugend und Wehrkraft 407.* — **Belem.** *Kriegsfürsorge 407.* — **Dvorak.** *Kinderschutz im Kriege 408.* — **Langstein.** *Volksernährung im Kriege 408.* — **Janisch.** *Hilfsarbeit der Waisenpflegerinnen in Österreich 408.* — **Hornek.** *Wiener Kriegsfürsorgezentrale 409.* — **Moll.** *Mutterberatungsstellen und Kriegsfürsorge 409.* — **Mayr.** *Haushaltungsunterricht 409.* — **Schule. Maurenbrecher.** *Schulprogramm der Großstadt 409.* — **Reich.** *Jugendlektüre 409.* — **Besprechungen. Ewald-Klotz.** *Diät und Diätlherapie 410.* — **Mayer.** *Kompendium der Kinderheilkunde und der Impftechnik 410.* — **Engel** und **Baum.** *Grundriß der Säuglingskunde 410.* — **Niemann.** *Stoffwechsel bei exsudativer Diathese 411.* — **Bandelier** und **Roepke.** *Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose 411.* — **Dessauer** und **Wiesener.** *Kompendium der Röntgenaufnahme 412.* — **Seifert.** *Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel 412.* — **Flügge.** *Grundriß der Hygiene 412.* — **Ergänzende Literaturübersicht** *413.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kasper.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin · **Göppert** Göttingen · **Knöpfelmacher** Wien · **Moro** Heidelberg · **Thiemich** Leipzig · **Tobler** Breslau · **Berend** Budapest

Comba Florenz · **Johannessen** Kristiania · **Koplik** New-York · **Marfan** Paris · **Schkarin** St. Petersburg · **Thomson** Edinburg · **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 20.—.
Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 30.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XIV. Referate. Nr. 6

Allgemeines.

C. T. Noeggerath. *Beobachtungen aus der Freiburger Kinderpraxis.* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 10, S. 275; Nr. 11, S. 308.)

Besprechung bodenständiger Erkrankungen für die Freiburger Gegend:

1. Zahnkaries sowie die Wundlücken in Mund und Rachen sind sehr häufig, sind aber nur selten mit Rheumatosen gepaart.

2. Gehäuftes Auftreten von Pseudokrupp ohne auffindbare Ätiologie.

3. Seltener die Kinder mit nervöser Konstitution, vielleicht in ursächlichem Zusammenhange mit dem bekannten „badischen Phlegma".

4. Häufiges Auftreten von Unterernährung, teilweise zurückzuführen auf zu starke Milchverdünnungen, teilweise auch infolge falscher und einseitiger Beratung durch Ärzte und Hebammen.

5. Chronische Dyspepsien älterer Kinder mit unklarer Ätiologie, manchmal durch zu reichlichen Zuckergenuß hervorgerufen, schwer reparabel, am besten durch eiweißreiche Kost (mitunter Eiweißmilch).

6. Unter den Infektionskrankheiten am häufigsten Keuchhusten und Grippe. Kongenitale Lues tritt häufiger als früher auf.

Nagel-Hoffmann.

Anatomie und Histologie.

Thimm (Berlin). *Zur Kenntnis der Epithelkörperchen (Glandulae parathyreoideae.)* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIII, H. 5/6, S. 321.)

Untersuchungen über die Topographie der Epithelkörperchen in verschiedenen Lebensaltern und im Embryonalstadium sowie über die Histologie derselben. Thorspecken (Badenweiler).

Gutstein (Charlottenburg). *Histologische Untersuchungen über die Muskulatur der rachitischen Kinder.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIII, H. 5/6, S. 351.)

Die Existenz einer primären rachitischen Myopathie, wie sie zuerst von Bing nachgewiesen wurde, erfährt durch die Untersuchungen Gutsteins eine Bestätigung. Er stimmt mit Bing darin überein, daß man in ausgesprochenen Fällen (keineswegs in allen Fällen!) eine außerordentlich starke Kernvermehrung in den Muskelfasern findet, während er die von jenem beschriebene veränderte Faserstreifung nicht als deutlichen und charakteristischen Befund anerkennen kann. Dagegen fand Gutstein auch bei Fällen, in denen die Kernvermehrung wenig ausgesprochen war, eine mittels Sudanfärbung nachweisbare Ablagerung lipoider Substanzen in den Fasern. Dieselben haben entweder die Form feiner Stäbchen bei erhaltener Querstreifung der Muskelfasern oder sie treten in Form größerer Tröpfchen auf, die die Struktur der Fasern zerstören können. Bei derartigen schwereren Veränderungen werden auch Einschnürungen und Verdickungen der Fasern gefunden. Da solche Befunde auch bei Tuberkulose, Diphtherie, Bronchopneumonie vorkommen, muß allerdings die Frage, welche Rolle die Rachitis begleitende Infektionskrankheiten für die Entstehung der lipoiden Infiltrationen spielen, offen gelassen werden. Thorspecken (Badenweiler).

Physiologie und allgemeine Pathologie.

Wegener (Rostock). *Über psychogene Magensekretionsanomalien im Kindesalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIII, H. 5/6, S. 344.)

Wegener untersuchte bei 80 Kindern, die über Appetitlosigkeit und Magenschmerzen klagten, die Sekretionsverhältnisse des Magens mittels Probefrühstückes. Bei 19 von den Kindern fanden sich erhebliche Störungen, und zwar 2mal Hyperazidität, 17mal vollkommene Anazidität. Nur in 1 Falle wurde auch zäher Schleim in größerer Menge gefunden. Motilitätsstörungen kamen nur in 4 Fällen vor. Die Mehrzahl der Kinder bot Zeichen einer neuropathischen Konstitution. Nach Wegeners Ansicht bestehen auch gewisse Beziehungen zur exsudativen Diathese. — 2 Kinder mit chronischen Ekzemen besserten sich auffallend nach Verabreichung von Salzsäure. Eine besonders wichtige und günstig wirkende Vorschrift ist

das Verbot der oft ärztlich verordneten „Nähr- und Kräftigungsmittel". Wegener hatte den Eindruck, daß die diagnostische Ausheberung bei manchen Kindern der stärkste therapeutische Faktor war. Thorspecken (Badenweiler).

Hans Fauth. *Graphische Darstellung der Thoraxbewegungen bei der Atmung gesunder und kranker Kinder.* (Festschr. d. Akad. f. prakt. Med. in Köln.) (Verlag von A. Marcus & E. Weber, Bonn 1915, S. 617.)

Verf. hat einen Apparat konstruiert, welcher es ihm ermöglicht, an drei verschiedenen Stellen des Thorax die Thoraxbewegungen aufzunehmen und graphisch aufzuzeichnen. Er demonstriert einige Kurven, aus denen er die Nützlichkeit des Apparates für die Diagnosenstellung ableitet. Keller.

V. Zamorani. *Sul contenuto in lipasi del sangue nell' età infantile.* (Über den Lipasegehalt des Blutes im Kindesalter.) (La Pediatria, Napoli 1915, Bd. VI.)

Nach der Methode von Rona und Michaelis mittels Tributyrin wurden 92 Blutserumuntersuchungen (an 64 Kindern jeden Alters und an 5 Erwachsenen) unternommen. Mit Kontrollversuchen wurde festgestellt, daß das Fehlen oder die Anwesenheit von Hämolyse im Serum keinen nennenswerten Unterschied in der Lipolyse verursacht. Die Untersuchungen wurden mit 0·5 und 0·25 cm^3 Serum, 12 bis 24 Stunden nach Entnahme desselben, angestellt.

Aus den Versuchen ergab sich, daß kein Serum völlig frei von Lipase war. Der Fettstoffwechsel führt nie, im Gegensatz zum Zucker, zur Ausscheidung des Fettes als solches, nur in einigen krankhaften Zuständen wird dieses nicht vollkommen verbrannt, sondern tritt in Form von Ketonen auf.

Der Lipasegehalt des Serums zeigte individuelle Schwankungen bei den verschiedenen Individuen. Ein bemerkenswerter Unterschied zwischen Säuglingen, Kindern und Erwachsenen bestand nicht. Bei einigen Fällen von tuberkulöser Meningitis konnten keine Abweichungen von der Norm beobachtet werden. Desgleichen bei Kranken mit Azetonurie.

Dagegen konnte bei Verschlechterung oder Besserung des Allgemeinbefindens jeweilen ein Sinken oder Steigen des Lipasegehaltes festgestellt werden. Der gleichen Krankheit gegenüber verhielt sich jedoch die Lipase ganz verschieden. Man könne deshalb nicht, wie Mellis-Schirrn meint, dem Verhalten der Lipase bei krankhaften Veränderungen des lymphatischen Apparates eine prognostische Bedeutung beimessen.

Auch sei, entgegen der Ansicht von Samelsohn, die geringe Fettspaltungsfähigkeit bei der Atrophie der Säuglinge nicht Ursache derselben, sondern nur eine Teilerscheinung der allgemeinen Störung des Organismus. Cramer (Zürich).

Allgemeine Diagnostik.

M. Obé. *Ein einfaches Verfahren zur Erleichterung des Nachweises von Meningokokken in der Lumbalflüssigkeit.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 18.)

Verf. empfiehlt folgendes einfaches Anreicherungsverfahren: 5 cm³ der aseptisch entnommenen Punktionsflüssigkeit werden mit ½ bis 1 cm³ einer sterilen 10%igen Traubenzuckerlösung versetzt und 10 bis 12 Stunden im Brutschrank gehalten (es genügt auch eine Temperatur von 25 bis 30°). Wo vorher keine oder nur wenig Meningokokken zu entdecken waren, findet man sie nachher massenhaft in Leukozyten eingeschlossen. Ferdinand Sachs.

E. Lackner and **A. Levinson.** *The permanganate test for spinal fluid.* (Die Kaliumpermanganatprobe der Spinalflüssigkeit.) (Arch. of Pediatrics, Juli 1915.)

Verff. berichten über einen Fall von tuberkulöser Meningitis, bei dem alle diagnostischen Kriterien versagten, bis auf die Kaliumpermanganatprobe nach Mayerhofer (siehe diese Monatsschrift, Bd. IX, Referate, S. 44). Wachenheim (New York).

A. F. Hess. *The use of bismuth pills in the fluoroscopic examination of the infant's stomach.* (Die Verwendung von Wismutpillen bei der Fluoroskopie des Säuglingsmagens.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Juni 1915.)

Verf. verwendet keratinüberzogene Wismutpillen von 9, 15 und 21 mm Durchmesser zur Bestimmung der Durchlässigkeit des Pylorus. Zur Ausschließung des Pylorospasmus gibt Verf. kleine Dosen Papaverin (10 mg subkutan). Wachenheim (New York).

Behandlung und Pflege.

P. Como (Würzburg). *Über Tierblutkohle und insbesondere ihre Verwendung bei Typhus abdominalis und Paratyphus.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 34.)

Verf. hat die Tierblutkohle (Fabrik Dr. H. Bopp, Frei-Weinheim bei Bingen) mit bestem Erfolge bei Diarrhöen verschiedenster Ätiologie verwandt. Besonders bemerkenswert ist, daß er auch bei Typhus abdominalis gute Resultate erzielt hat und hierbei auch eine wesentliche Besserung des Allgemeinzustandes verzeichnen konnte. Er gab gewöhnlich 80 bis 100 g Kohle in 300 bis 500 g Wasser aufgeschwemmt, ein- bis dreimal täglich, je nach Schwere des Falles, und so lange fortgesetzt, bis der Stuhl geformt war. Ein Vorzug der Tierkohle gegenüber der Bolus alba besteht unter anderem darin, daß dieselbe nie erbrochen wurde. Ferdinand Sachs.

Pharmakologie und Toxikologie.

Walter Straub (Freiburg). *Experimentelle Untersuchung über Wesen und Aussicht der Tetanustherapie mit Magnesiumsulfat.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 1.)

Derselbe. *Tetanustherapie mit Magnesiumsulfat.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 10.)

Verf. hat die Wirkung des Magnesiumsulfats zunächst im Tierversuch einem eingehenden Studium unterzogen. Der gewöhnlich als Magnesiumsulfatnarkose bezeichnete Zustand ist bedingt durch eine Lähmung der motorischen Nervenenden der Skelettmuskulatur und stellt mithin gar keine Narkose dar. Ferner wird festgestellt, daß die Atemmuskulatur des Zwerchfelles und der Musc. intercostales am spätesten gelähmt wird. Es läßt sich daher eine Dosis finden, mit der ohne Gefahr der Erstickung die Stammuskulatur allein gelähmt wird. Die Gegenwirkung des Kalziums auf die Atemmuskulatur ist eine intensivere als auf die übrige quergestreifte. Magnesiumsalze sind Herzgifte; Magnesiumsulfat setzt den Blutdruck herab. Jede Magnesiumsulfatwirkung ist mit einer Schwächung des Kreislaufes verbunden. Magnesiumsulfat wird rasch resorbiert und rasch ausgeschieden. Die jeweils erreichte Tiefe der Wirkung ist direkt proportional der Konzentration, in der das Salz im Blute kreist und die motorischen Enden umspült. Die Resorptionsgeschwindigkeit der subkutan einverleibten Dosen ist sehr inkonstant. Bei intravenöser Infusion einer 3%igen Lösung von Magnesiumsulfat in physiologischer Kochsalzlösung gelang es, eine mehrstündige Magnesiumwirkung an den motorischen Enden zu unterhalten, die ganz der Geschwindigkeit des Einfließens der Lösung proportional war. Bei der intralumbalen Injektion wird es sich um eine Lähmung der Intralumbalnervenstämme handeln, da der Lumbalsack für das Salz undurchgängig ist. Das langsame Verschwinden aus dem Lumbalraum erklärt die lang anhaltende Wirkung. Die intravenöse Infusion ist daher die zweckmäßigste Applikation. Durch Regulieren der Einflußgeschwindigkeit ist leicht die optimale Konzentration im Blute zu erzielen.

In einer zweiten Arbeit berichtet Verf. über therapeutische Versuche am Menschen, gemeinsam mit Prof. H o t z, die seine theoretischen Überlegungen und Tierversuche vollauf bestätigten. Als neues Moment wurde noch gefunden, daß bei richtiger Konzentration der Lösung die im Krampf befindliche Muskulatur vor der normalen gelähmt wird, und zwar nicht vollständig, sondern nur bis zu ihrer normalen Funktionsfähigkeit. Ein Auszug aus einer der mitgeteilten Krankengeschichten veranschaulicht am besten Technik und Verlauf:

Patient mit häufigen Krämpfen, Trismus, erschwerter Sprech- und Schluckmöglichkeit. Kanüle in der linken Kubitalvene, einströmende Lösung 2·5%ige Magnesiumsulfat. Nach Einfluß von 25 cm^3 der Flüssigkeit in 2 Minuten sind alle Krämpfe geschwunden, der Mund wird weit geöffnet, Sprechen und Schlucken möglich, keine

Schmerzen, keine Anfälle. Patient trinkt reichlich Milch, Aufnahme der Anamnese. Die willkürliche Motilität völlig normal. Die Wirkung des Magnesiums zieht sich nach Abstellen des Zuflusses mit abnehmender Intensität etwa 1 Stunde lang hin, dann treten allmählich neue Spasmen und Krämpfe auf. Durch erneute Infusion prompte Beseitigung. Die Behandlung wird auf diese Weise 4 Tage lang fortgesetzt. Ferdinand Sachs.

Wechselmann. *Über Salvarsannatrium.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 6.)

G. L. Dreyfuß (Frankfurt a. M.). *Salvarsannatrium und seine Anwendung in der Praxis.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 6.)

Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren hat Ehrlich den Verff. ein neues Salvarsanpräparat, das Salvarsannatrium, zur klinischen Erprobung zur Verfügung gestellt, das sich sehr gut bewährt hat und dem Altsalvarsan sowie dem Neosalvarsan gegenüber Vorzüge aufweist. Während das Neosalvarsan hinsichtlich der bequemeren und einfacheren Anwendungsweise dem Altsalvarsan vorzuziehen war, war der therapeutische Effekt des Altsalvarsans ein besserer. Das Salvarsannatrium ist chemisch genau dasselbe Präparat in fester Form, das wir uns bisher durch Alkalisierung des Salvarsans selbst herstellen mußten. Es besitzt die hohe Wirksamkeit des Altsalvarsans neben der einfachen Verwendungsform des Neosalvarsans und eignet sich ebensogut wie dieses zur ambulanten Behandlung. Es wird auch in denselben Dosen wie das Neosalvarsan intravenös injiziert.

Ferdinand Sachs.

Kellner (Hamburg-Alsterdorf). *Wert der Flechsigschen Opium-Brombehandlung bei Epilepsie.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 17.)

50 Tage lang steigende Opiumdosen unter ständiger Kontrolle des Arztes, bei schlechter Bekömmlichkeit Bettruhe. Danach Brom als Erlenmeyersche Lösung in individuell angepaßter, möglichst großer Dosis. Fortsetzung des Bromgebrauches auch nach Sistieren der Anfälle das ganze Leben über. Verf. hat gute Erfolge aufzuweisen. Ferdinand Sachs.

J. Zadek (Neukölln). *Kann und soll der akute Gelenkrheumatismus mit reiner Salizylsäure behandelt werden?* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 18.)

Verf. verwirft mit Recht bei der Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus die zahllosen Ersatzpräparate der Salizylsäure, die zwar geringere Nebenwirkungen, dafür aber auch viel weniger Wirksamkeit als die einfache Säure aufweisen. Das wirksame Prinzip der Ersatzmittel ist und bleibt die reine Salizylsäure. Neben dem Mittel selbst hat man auch seine alte, klassische Anwendungsweise vernachlässigt: kleinere Dosen in regelmäßigen, kleinen Zeitabschnitten, hohe Tagesdosen. Für Erwachsene werden zweistündlich $\frac{1}{2}$ bis 1 g bis zu 12 g pro die gegeben. Ferdinand Sachs.

Aug. Hoffmann (Düsseldorf). *Zur Behandlung chronischer Herz- und Nierenkrankheiten mit „Theazylon“.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 33.)

Verf. empfiehlt das von E. Merck (Darmstadt) hergestellte „Theazylon“-Azetylsalizoyltheobromin, das sich ihm in einigen Fällen von Herz- und Niereninsuffizienz auch dann noch glänzend bewährte, als Diuretin und die anderen seither bekannten Theobrominpräparate versagt hatten. Ausführliche Krankengeschichte eines Falles von chronischer Nephritis mit Herzinsuffizienz.

Ferdinand Sachs.

Bakteriologie.

J. Jakobsen und **Ad. H. Meyer** (Kopenhagen). *Untersuchungen über den Keuchhustenbazillus (Bordet-Gengou schen Bazillus).* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIV, H. 5/6, S. 321.)

Die Arbeit bringt zu der bereits vorliegenden Reihe von Arbeiten, die die Befunde Bordet-Gengous bestätigen, weitere Beiträge. Die literarische Zusammenfassung zeigt, daß die Zahl der Gegner gegenüber der der Anhänger nur klein ist.

Jakobsen und Meyer konnten den Bordet-Gengou-schen Bazillus in den ersten 3 Wochen des Keuchhustens fast regelmäßig im Ausstrich und mittels Züchtung nachweisen, in den beiden ersten Wochen in allen Fällen (6mal), in der dritten Woche unter 10 Fällen 8mal. In der vierten Woche fanden sie ihn unter 11 Fällen nur noch 2mal, später gar nicht mehr. Das Vorhandensein oder das Fehlen physikalischer Erscheinungen von Bronchitis ist ohne Einfluß auf das bakteriologische Ergebnis. — Auch klinische Beobachtungen sprechen dafür, daß eine Übertragung des Keuchhustens nur in den ersten Wochen stattfindet, wofür die Verff. zwei instruktive Beispiele mitteilen.

Die Kinder, unter falscher Diagnose eingebracht, hatten längere Zeit unter älteren Keuchhustenpatienten gelegen, erkrankten aber erst an Keuchhusten als frische Patienten aufgenommen waren (zirka 14 Tage später; positiver Bazillenbefund). — Einige Infektionsversuche an Affen fielen negativ aus. — Agglutinationsversuche ergaben unsichere Resultate, woran zum Teil eine besondere Neigung der Bazillen zu Pseudoagglutination und Selbstagglutination schuld war. — Die Komplementbindungsversuche decken sich mit denen anderer Autoren. Wichtig ist die genaue Einhaltung der Vorschriften (dichte Bakterienemulsion; niedrigster Wert der Komplementmenge, der durch Vorversuche zu ermitteln ist). Die Reaktion war mit einer (fraglichen) Ausnahme bei allen Patienten positiv, die in der Zeit vom Ende des ersten Monates der Krankheit bis zirka 3 Monate nach deren Beginn untersucht wurden. Die Reaktion scheint erst in der dritten bis vierten Woche der Krankheit aufzutreten und im

allgemeinen mehrere Monate positiv zu bleiben. Für diese Zeit hat die Reaktion demnach diagnostischen Wert.

Thorspecken (Badenweiler).

W. Plange und **H. Schmitz** (Dresden). *Über das Vorkommen und die Verbreitung von Diphtheriebazillen im menschlichen Körper.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 12.)

Bei tracheotomierten Diphtheriekranken, die zur Obduktion kamen, konnten aus dem Herzblut und den inneren Organen in einer großen Anzahl von Fällen Diphtheriebazillen gezüchtet werden, während es bei nichttracheotomierten nur in wenigen Fällen und hier nur aus Lunge und Nebenniere gelang. Ferdinand Sachs.

Rall (Eppendorf). *Über das Vorkommen von Diphtheriebazillen in Herpesbläschen bei Diphtherie.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 12.)

Nachweis von Diphtheriebazillen im Inhalt der Herpesbläschen Diphtheriekranker. Rall glaubt, daß die Löfflerschen Bazillen von außen durch die lädierte Hautschicht der Bläschen in diese eingedrungen seien. Ferdinand Sachs.

W. Schürmann und **E. G. Pringsheim.** *Zum Nachweis von Diphtheriebazillen im Originaltupferausstrich.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 42.

Die nach Gins modifizierte Neißerfärbung der Diphtheriebazillen ist der alten Neißerfärbung im Tupferausstrich überlegen und gestattet in rund 40% der positiven Kulturbefunde den sicheren Nachweis des Erregers schon im einfachen Ausstrich des Tupfersekretes. Ferdinand Sachs.

M. Matthes und **A. Rannenberg** (Marburg). *Über die Wirkung von tryptischen Verdauungsprodukten aus Typhusbazillen.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 13.)

Unterwirft man Typhusbazillen einer Trypsinverdauung, so wirken die Lösungsprodukte, wenn man sie einem Tiere injiziert, als Antigen und führen eine bakteriolytische Immunität herbei. Die durch Pepsinverdauung erhaltenen Präparate vermögen dies nicht. Bereits infizierte Tiere konnten durch nachträgliche Injektion der Trypsinabbauprodukte am Leben erhalten werden. Über Erfolge am typhuskranken Menschen ist ein abschließendes Urteil noch nicht möglich. Ferdinand Sachs.

Asch (Straßburg). *Die Degenerationsformen der Gonokokken.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 39.)

Verf. konnte feststellen, daß sich die Gonokokken größtenteils nur im akuten Stadium der Krankheit gramnegativ verhalten, während sie allmählich, d. h. zuerst vereinzelt, dann in immer größerer Zahl, jodfest werden. Dieser Vorgang ist besonders dann festzustellen, wenn die Gonokokken degenerieren und gequollene, viel größere, oft kugelige Formen annehmen. Diese Degenerationsformen können an

Größe das Zwei- bis Fünffache eines normalen Gonokokkus erreichen, jedoch ist die durchschimmernde Teilungszone meist angedeutet. Sie liegen selten innerhalb von Leukozyten, sondern meist frei im Gesichtsfelde. Sind nur solche Kokkenformen im Urethralsekret vorhanden, so kann man durch provokatorische Gonokokkenvakzination manchmal typische Gonokokken nachweisen oder im urethroskopischen Bilde eine für Gonorrhöe charakteristische frische Entzündung feststellen. Ferdinand Sachs.

Eugen Widmann (Breslau). *Zur Frage der Übertragung von Bakterien durch Läuse.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 39.)

Sehr interessante, im Original nachzulesende, biologische Studien über die Übertragung von Bakterien (Pneumo- und Staphylokokken) durch die Kleiderlaus mit instruktiven Zeichnungen.

Ferdinand Sachs.

Serologie und Immunitätslehre.

Harry Königsfeld (Freiburg). *Ein neues Prinzip der Serumtherapie, mit besonderer Berücksichtigung des Thyphus abdominalis.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 8.)

Königsfeld hat sich die Frage vorgelegt, wie es zu erklären sei, daß mancher Kranke trotz der in reichlicher Menge in seinem Blute nachgewiesenen selbstgebildeten Immunstoffe seiner Infektion erliegt, während oft die Zuführung geringer Mengen fremder Schutzkörper durch passive Immunisierung eine Heilung herbeiführen kann. Zur Erklärung dieser merkwürdigen Tatsache nimmt er an, daß viele Antikörper innerhalb des lebenden Blutplasmas in unwirksamer Form, gleichsam als Proferment, kreisen und erst durch die Gerinnung in ihre wirksame Form übergeführt werden. Von diesem Gedankengang ausgehend, hat er Typhuskranken, in deren Blut ein hoher Agglutinationsleiter festzustellen war, Eigenserum subkutan injiziert. Er wählte Eigenserum, weil dies am sichersten art- und stammspezifische Schutzkörper enthielt. Die Resultate scheinen ermutigende zu sein. Ferdinand Sachs.

F. Reiche. *Serumexantheme.* (Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten, Bd. XV, S. 121—131.)

Die Verarbeitung eines sehr umfangreichen Beobachtungsmaterials ergab mit Sicherheit, daß die Häufigkeit der Serumexantheme von der Menge des verwendeten Serums abhängt. Bei intravenöser Einverleibung des Heilserums ist die Zahl der Serumexantheme wesentlich höher als bei subkutaner. Die meisten Fälle von Serumexanthem traten am 8. bis 10. Tage nach der Injektion auf. Für den zeitlichen Eintritt ist die Höhe der verwendeten Serummenge ohne Bedeutung. Die frühzeitig nach der Injektion auftretenden Exantheme waren häufig, aber nicht immer auf eine frühere

Behandlung mit Serum zurückzuführen. Die Verabfolgung einer kleinen Serummenge 6 bis 12 Stunden vor der Behandlung mit der Heildosis hatte keinen erkennbaren Einfluß auf die Häufigkeit des Eintrittes von Exanthem. Am häufigsten waren die urtikariellen Exantheme, nächst ihnen die scharlachähnlichen, dann die morbillären und rubeolären Formen. An 22 fieberhaften scharlachähnlichen Serumexanthemen konnte die Beobachtung von Umber bestätigt werden, daß die Aminobenzaldehydprobe im Gegensatz zu echten Scharlachfällen fehlte. In 3 Fällen wurden neben Exanthem die Erscheinungen des anaphylaktischen Symptomenbildes, bestehend in Herzschwäche und Atemnot, beobachtet. Alle diese Fälle gingen in Heilung aus. H. Vogt.

Hans Mautner und **E. P. Pick** (Wien). *Über die durch „Schockgifte" erzeugten Zirkulationsstörungen.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 34.)

Die tiefen Blutdrucksenkungen bei den durch Eiweißkörper hervorgerufenen Schockzuständen wurden seither durch Erweiterungen der Blutgefäße im Splanchnikusgebiet erklärt. Verff. sind auf Grund ihrer Versuche zu anderer Ansicht gekommen. Sie wandten ihr Interesse dem Verhalten der Leber- und Lungengefäße zu, die bisher wenig beachtet wurden. Zunächst konnte festgestellt werden, daß die Lungen- und Lebergefäße der verschiedenen Tierarten durchaus verschieden reagieren und somit allgemeine Schlüsse aus an einer Tierart angestellten Versuchen unstatthaft sind. Die Leberkapillaren der Karnivoren reagierten auf intravenöse Injektion von Eiweißspaltprodukten mit intensivem Krampf. Der dadurch ausgelöste Verschluß des venösen Blutstromes der Leber und des Darmgebietes bewirkt eine mangelhafte Füllung des rechten Herzens mit konsequenter Blutdrucksenkung im großen Kreislauf und mächtiger venöser Stauung und Volumzunahme der Leber; die Leberstauung kann derart intensiv sein, daß sie sich auch auf das Venensystem des Darmes fortsetzt. Die Herbivorenleber verhält sich den Schockgiften gegenüber ebenso wie den meisten anderen Gefäßgiften völlig indifferent. An den Darmgefäßen bei Hund, Katze und Kaninchen bewirken die Schockgifte nicht, wie seither angenommen, eine Erweiterung, sondern eine intensive Verengerung der arteriellen Gebiete und Anämisierung. Die Volumzunahme des Organs, die man früher auf eine aktive Erweiterung der Darmgefäße zurückführte, ist bedingt durch eine sekundäre venöse Stauung infolge der Stauung in den Leberkapillaren. Für den Lungenkreislauf konnten die Versuche von Schultz und Airila am anaphylaktischen Tier und von Dale und Laidlaw mit Histamin bestätigt werden. Im Schock tritt ein Kapillarkrampf im Gebiete der Arteria pulmonalis ein, der einerseits eine Stauung des rechten Herzens, anderseits eine mangelhafte Füllung des linken Vorhofes und Ventrikels und dadurch Blutdruckabfall im großen Kreislauf bewirkt. Es ergibt sich also aus den Versuchen, daß die Schockgifte ganz allgemein Krampfgifte für die glatte Muskulatur sind und die hypothetischen gefäßlähmenden Gifte, die

sogenannten „Vasodilatine" als Ursache der Blutdrucksenkung nicht mehr existenzberechtigt sind. Die ungleiche Wirksamkeit der Schockgifte bei den verschiedenen Tierarten ist auf die verschiedene Anspruchsfähigkeit der Nervenendapparate der glatten Muskeln zurückzuführen. Ferdinand Sachs.

Fr. Kutscher (Mainz). *Die Bildung von Nebenagglutininen.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 36.)

Verf. wurden im Festungslazarett Mainz häufig Blutsera von gegen Typhus und Cholera geimpften Mannschaften übersandt, die Ruhrbazillen vom Typhus Kruse noch in Verdünnungen von $^1/_{50}$ und höher agglutinierten. Da solche Titer bei Kruseschen Bazillen bisher als beweisend für Ruhr angesehen wurden, war es von praktischer Wichtigkeit, festzustellen, ob es sich in solchen Fällen wirklich um eine überstandene oder noch bestehende Dysenterie handelte oder um Nebenagglutinine. Am Menschen konnte der Beweis nicht einwandfrei erbracht werden, da eine leichte, früher überstandene und nicht als solche erkannte Ruhrerkrankung nicht mit Sicherheit auszuschließen war. Verf. untersuchte daher eine größere Anzahl vom Tiere gewonnener Typhus- und Choleratestsera und konnte auch bei diesen stets eine Nebenagglutination für Kruseschе Ruhrbazillen in starker Verdünnung feststellen. Typus Flexner und Y-Bazillen wurden nie mitagglutiniert. Als Gegenstück hierzu konnte außerdem noch festgestellt werden, daß das Kruse-testserum reichlich Nebenagglutinine für Typhusbazillen enthielt, während sie in den beiden anderen Ruhrtestsera fehlten. Für die Praxis ist also die Serumdiagnose der Ruhr stark eingeschränkt und nur negativer Ausfall ist beweisend, wenn der Serumspender gegen Typhus und Cholera geimpft ist. Ferdinand Sachs.

Entwicklung und Sprache.

J. I. Grover. *Some measurements of normal children.* (Messungen normaler Kinder.) (Arch. of Pediatrics, Juni 1915.)

Die Kopf- und Brustmaße stehen in näherem Verhältnis zum Körpergewicht als zum Alter. Arme und Beine wachsen in direktem Verhältnis zur Höhe. Im allgemeinen schätzt man die Entwicklung richtiger nach dem Wachstum und Gewicht als nach dem Alter.

Wachenheim (New York).

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Brodsky (Zürich). *Beobachtungen über die Laktation der Ammen.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIII, H. 3/4, S. 161.)

Brodsky hat an 17 Ammen die Milchmengen, das Verhältnis von abgetrunkener und abgedrückter Milch, Einfluß der Zahl der

angelegten Kinder, der Menses usw. festgestellt. Die Menses hatten auf die Milchproduktion meist keinen Einfluß. Der Rekord in der Milchproduktion wurde mit 5400 g erreicht. Die gleiche Amme lieferte durchschnittlich täglich 3520 g, wovon sie 45% abdrückte — zweifellos eine Ausnahmeleistung! Brodsky sagt, daß das Befinden und die Gewichtsverhältnisse seiner Ammen gut waren, die meisten nahmen an Gewicht zu. Für die Amme mit der genannten Leistung trifft das indessen nicht zu, was er übersehen zu haben scheint. Ihr Gewicht sank von 64 auf 58 kg. Est modus in rebus!

Thorspecken (Badenweiler).

Leichtentritt (Düsseldorf). *Erfahrungen über die nach Engel hergestellte Eiweißmilch.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIII, H. 1/2, S. 61.)

Die bedeutendste Schwierigkeit bei der Bereitung der Finkelsteinschen Eiweißmilch besteht in der mechanischen Zerkleinerung des Kaseinfettgerinnsels. Engel erreicht die feine Verteilung des Gerinnsels auf einfachere Weise durch eine Modifikation der Labgerinnung. Maßgebend dafür ist die Tatsache, daß erstens das Kalkangebot in gekochter Milch (durch Änderung der Lösungsverhältnisse der Kalksalze beim Kochen) geringer ist und die Gerinnsel infolgesdesen weniger derb ausfallen und zweitens die Gerinnung bei geringem Fermentzusatz langsamer abläuft und die Koagula lockerer sind.

Auf diesem Wege hergestellte Eiweißmilch zeigte folgende Zusammensetzung in 100 g:

Eiweiß	2·5—2·7 g
Fett	2·2—2·3 g
Zucker	3·0—3·2 g

Sie weicht demnach von der Finckelsteinschen Milch nur im Zuckergehalt erheblich ab, da der Zucker nicht vergoren ist. Trotzdem ergab sich kein Unterschied in der Wirkung auf die Stuhlbeschaffenheit. Für die Behandlungsresultate gilt in jeder Beziehung dasselbe, was von der Finkelsteinschen Milch gilt.

Leichtentritt berichtet im Anschluß daran über einige günstig ausgefallene Versuche, die Eiweißmilch als Dauernahrung zu geben. Thorspecken (Badenweiler).

Wald. Poulsen. *2½jährige Erfahrungen mit Eiweißmilch.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXII, S. 175—215.)

Die Erfahrungen des Verfs. bei Behandlung der Intoxikation mit Eiweißmilch führen ihn zu dem Urteil, daß diese Behandlung keinen Vorzug vor anderen verdient. Bei akuter Gastroenteritis leistet die Eiweißmilch gutes, ist aber entbehrlich. Atrophia infantilis betrachtet er als Gegenanzeige gegen die Verwendung von Eiweißmilch, während er sie empfiehlt für die chronische Dyspepsie. Die besten Erfolge gab ihm die Eiweißmilch bei der Behandlung schwerer Ernährungsstörungen der älteren Kinder, wo die Erfolge weit besser

waren als bei der üblichen Kohlehydratkost. Die vom Verf. verwendete Eiweißmilch enthielt im Liter 32 g Kohlehydrate, die Finkelsteinsche 15 g; das Verhältnis von Kasein zu Kohlehydrat betrug 9 : 8 gegen 2 : 1. Doch kann dieser Punkt keine Rolle für die Erklärung der Wirkung spielen, da Finkelstein einen sofortigen Zusatz von 2% Nährzucker empfiehlt, wodurch sich das Verhältnis von Kasein zu Kohlehydrat auf 6 : 7 verschiebt. H. Vogt.

Benjamin (Cöln). *Klinische und poliklinische Erfahrungen mit Trikalkolkaseinmilch.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIV, H. 3/4, S. 204.)

Die Trikalkolkaseinmilch leistet dasselbe wie die Eiweißmilch. Ihre Herstellungsweise ist einfacher als die der letzteren und der Preis niedriger (100 g = 1·60 M). Die Stühle der damit behandelten ernährungsgestörten Kinder wurden meist schon nach 1 bis 3 Tagen pastig oder bröcklig, schneller noch als bei Eiweißmilch. Die Erfolge waren besonders bei Dyspepsien gut, während die Zahl der Todesfälle bei der sogenannten Dekomposition recht hoch war (50%), so daß Benjamin selbst die Erfolge als schlecht bezeichnet. Die poliklinischen Resultate waren relativ besser, unter 15 Fällen 1 Todesfall. Als besonders günstig wird der Einfluß der Nahrung auf die Stühle bei parenteralen Störungen hervorgehoben.

Thorspecken (Badenweiler).

A. Mayer (Tübingen). *Über Entstehung und Bedeutung des sogenannten Hungerfiebers beim Neugeborenen.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 34.)

Verf. schildert das klinische Bild nach seinen Beobachtungen wie folgt: Jäher Absturz der Gewichtskurve und jäher Anstieg der Temperaturkurve. Mit dem Abstieg der Temperaturkurve beginnt gewöhnlich der Anstieg der Gewichtskurve. Temperaturmaximum und Gewichtsminimum fallen daher in der Regel auf ein und denselben Tag zusammen oder liegen nur um einen Tag auseinander. Temperaturmaximum und Gewichtsminimum stellen sich gewöhnlich am dritten bis vierten, spätestens am sechsten Tage ein. Die Dauer des Fiebers ist auffallend kurz. Die befallenen Kinder gehören keineswegs in der Hauptsache zu den geborenen Schwächlingen, vielmehr fanden sich unter ihnen auffallend oft Sieben- bis Achtpfünder. Sie bieten meistens sonst keine nachweisbaren Krankheitserscheinungen und gedeihen nach der Fieberattacke ganz gut. Die Ursache für diese abnormen Temperatursteigerungen der Neugeborenen ist noch nicht mit Sicherheit erkannt. Die Annahme einer Erkältung, Nabelinfektion, Überhitzung durch künstliche Wärmezufuhr oder der Wirkung von Darmbakterien ist durch den klinischen Befund widerlegt. Will man die Fieberursache mit der Gewichtsabnahme in Verbindung bringen, so kann man der Quantität oder der Qualität der Nahrung eine ursächliche Bedeutung zumessen. Verschiedene Tatsachen, z. B. Verschwinden des Fiebers nach Flüssigkeitszufuhr, sprechen dafür, daß es sich um eine Wasserverarmung des Körpers, um ein Durstfieber, handeln könne. Aber auch die Qualität der vom Darme aus dem Blute zugeführten Nahrungsbestandteile kann

an der Temperatursteigerung mit schuld sein. Infolge der ins extrauterine Leben mitgebrachten abnormen Durchlässigkeit und funktionellen Rückständigkeit der Darmepithelien können fiebererzeugende Stoffe aus der Nahrung in das Blut gelangen. Die Wirkung der Geburt, d. h. die durch sie erzeugte Stauung im Darme könnte die allen Neugeborenen eigene abnorme Durchlässigkeit des Darmes noch steigern, ähnlich wie bei der physiologischen Albuminurie der Neugeborenen. Dies würde auch die auffällige Tatsache erklären, daß sich unter den Fieberfällen besonders viel große kräftige Kinder befanden. Welchem speziellen Nahrungsbestandteil die Hauptrolle bei dem Vorgange zufällt, kann Verf. nicht sagen, er weist aber auf den Zucker (Finkelstein) hin. Für die Durchlässigkeit des Darmes will er eventuell aber auch konstitutionelle Momente mitverantwortlich machen. Schließlich wäre noch zu bedenken, ob nicht von Anfang an der Nahrung beigemengte Bestandteile (infolge Erkrankung oder Stoffwechselstörung der Mutter) eine Rolle spielen.

Ferdinand Sachs.

E. Klose (Greifswald). *Über den Mehlnährschaden.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 31 und 32.)

Beschreibung des klinischen Bildes des Mehlnährschadens unter Gliederung in die atrophische, hydrämische und hypertonische Form und kurzer Hinweis auf die chemischen Veränderungen in den einzelnen Organen. Ferdinand Sachs.

Zade (Immigratz). *Kritische Studie über das mit Azetonurie einhergehende periodische (zyklische, rekurrierende) Erbrechen im Kindesalter nebst dem Versuch einer ätiologischen Erklärung der Krankheit.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIII, H. 1/2, S. 1.)

Besprechung des zyklischen Erbrechens an Hand der Literatur über dasselbe. Ein Fall eigener Beobachtung ist dadurch charakterisiert, daß periodisch mangelhafte Verdauung kohlehydratreicher Nahrung auftrat und daß der Urin — auch außerhalb des Anfalles — ein abnorm hohes spezifisches Gewicht hatte (1028).

Zade wünscht alle diejenigen Fälle von dem Krankheitsbild der zyklischen Azetonurie abgetrennt zu sehen, bei denen der Azetonurie eine bekannte Ursache zugrunde liegt, ferner die Fälle von chronischer Appendizitis, bei denen die Anfälle nach Entfernung des Appendix aufhörten.

Die Theorien der Pathogenese des zyklischen Erbrechens sind unbefriedigend, doch glaubt Zade durch Kombination der Theorie, daß eine Stoffwechselstörung zugrunde liegt mit derjenigen, die eine psychogene Entstehung der Anfälle annimmt, zu einer plausibleren Erklärung zu gelangen. Es sei nicht zu bezweifeln, daß es sich um eine akute, von der Nahrung unabhängige Störung des Kohlehydratstoffwechsels handle, die eine engere Beziehung zur diätetischen Störung nicht besitze. Zade präzisiert seine Ansicht, die in manchen Punkten nur schwach gestützt ist, folgendermaßen: „Ein — vermutlich psychogener — Reiz kann (nur an einem im Sinne von Fließ

„periodischen" Tage) plötzlich destruierend wirken auf den Kohlehydratstoffwechsel des kindlichen Körpers, wobei er gleichzeitig durch Erregung des Brechzentrums die Brechattacke auslöst. Wie dieser Reiz wirkt und ob er materielle Veränderungen im Zentralnervensystem setzt, muß offen bleiben — genau so wie z. B. bei der akut auf Chok einsetzenden Form des Diabetes. — Möglicherweise sind mit diesen Vorgängen Veränderungen der inneren Sekretion der Thymusdrüse verknüpft. — Der Reiz klingt ab und die Attacke ist vorbei. Die Schnelligkeit des Abklingens scheint abhängig von der Reizstärke und von dem Grad der Labilität des psychischen Gleichgewichts des betroffenen Kindes. Das Abklingen wird offenbar erleichtert, wenn es gelingt, die mit der Krankheit einhergehende Azetonurie zu beseitigen, jenen deutlichen Ausdruck der Störung im Stoffwechsel der Kohlehydrate."

Zur Stütze der eigentümlichen Deduktionen muß Z a d e die sonderbare F l i e ß sche Hypothese der „periodischen Tage" heranziehen, wohin ihm wohl nur wenige zu folgen vermögen.

Die Prognose der Krankheit ist nicht absolut günstig. Todesfälle scheinen vereinzelt eintreten zu können. — Die Alkali-Zucker-Therapie ist nicht als sicher wirkend erwiesen. Ebensowenig gibt es eine sichere Direktive für die Prophylaxe. Letztere kann sich ehestens auf die Erziehung und auf eine von Schematismus freie Ernährung erstrecken. T h o r s p e c k e n (Badenweiler).

Wanietschek. *Rumination im Säuglingsalter. — Heilung durch Diphtherie.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXII, S. 66—69.)

Eine Rumination, die bis ins 8. Lebensjahr allen therapeutischen Bemühungen zum Trotz bestanden hatte, heilte spontan nach einer Diphtherielähmung. Anscheinend hatte die Schluckstörung den Genuß an der Rumination so beeinträchtigt, daß der Knabe das Hochkommen der Speisen zu unterdrücken lernte. H. V o g t.

Fritz Frank (Kiel). *Beiträge zur Lehre von der akuten Nephritis im Säuglingsalter bei Ernährungsstörungen.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIII, H. 3/4, S. 202.)

Eine Durchsicht aller Säuglingssektionen in mehreren Jahren am Kieler pathologischen Institut ergab das Resultat, daß die akute Nephritis im Säuglingsalter ziemlich selten vorkommt: unter 452 Sektionsprotokollen fand sie sich 22mal, wovon 5 Pyelonephritiden waren. Die Mehrzahl der Nephritiden war exsudativer Natur und auffallend oft hämorrhagisch. Daß die regressiven Parenchymveränderungen gegenüber exsudativen Prozessen so stark in den Hintergrund treten, erklärt F r a n k damit, daß das entzündungserregende Gift zu rasch und energisch einwirke, wodurch die Exsudation das Bild meist beherrsche. — In ätiologischer Hinsicht kommen die verschiedenartigsten Infektionen und die Ernährungsstörungen (8mal) in Betracht. Da sich auch bei den Ernährungsstörungen fast immer irgend eine infektiöse Organerkrankung vorfand, konnte die ursächliche Rolle der Infektion in den meisten Fällen nicht ausgeschaltet werden. Da-

gegen ist der Zusammenhang der aufsteigenden Nephritiden mit den Ernährungsstörungen durchaus einwandfrei. — Einfache regressive Veränderungen des Nierenparenchyms fand F r a n k, wie er beiläufig erwähnt, unter 145 Fällen von Ernährungsstörungen 88mal.

T h o r s p e c k e n (Badenweiler).

H. Kleinschmidt (Berlin). *Die Sommersterblichkeit der Säuglinge.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 28.)

Klinische Vorlesung. Verf. stellt das Problem der Sommersterblichkeit so dar, wie es wohl jetzt von der Mehrzahl der Pädiater aufgefaßt wird. Man muß unterscheiden zwischen der Hitzeeinwirkung auf den Säugling selbst und zwischen den sekundären Einflüssen und Schädigungen infolge veränderter Lebensbedingungen. Es ist auch ein Unterschied zwischen Früh- und Spätsommersterblichkeit zu machen. Die erhöhte Sterblichkeitsziffer in den ersten heißen Sommerwochen fällt meist genau auf die besonders heißen Tage und nimmt im allgemeinen auch rasch beim Nachlassen der Temperatur ab. Die Statistik lehrt, daß die Kinder in dieser Periode relativ häufig an „Krämpfen" ohne hervorragende Beteiligung von Magendarmsymptomen sterben. Es spielt nach alledem der eigentliche Hitzschlag in dieser Periode eine verhältnismäßig große Rolle. Anders in den Spätsommerwochen. Hier bleibt die Sterblichkeitskurve auch noch nach Absinken der höchsten Temperaturen hoch. Nach der Statistik stehen die Todesfälle infolge Ernährungsstörungen im Vordergrunde. Die durch die vorhergehenden heißen Monate bedingten ungünstigen äußeren Verhältnisse haben den Magendarmtraktus des Säuglings allmählich geschwächt, eine Dyspepsie folgt der anderen, bis zuletzt ein relativ geringfügiger Anlaß die Katastrophe herbeiführt. Der eigentliche Hitzschlag kommt meist dann zustande, wenn die hohe Wohnungstemperatur, die warme Einpackung in Federbetten und Gummi, hoher Feuchtigkeitsgehalt des Wohnraumes (Küche, Plätt- und Wäschetrockenraum) oder auch eine schon vorher bestehende Dyspepsie mit ihrem Flüssigkeitsverlust durch den Darm die Wärmeregulation durch Schweiß, Urin und Atmung unmöglich machen und eine Wärmestauung herbeiführen. Die eigentlichen Ernährungsstörungen werden zum größten Teil veranlaßt durch die durch die Hitze verdorbene Milch, zum Teil aber auch durch Übernährung mit Milch, die zur angeblichen Stillung des Durstes in größeren Mengen wie gewöhnlich gereicht wird. Gewöhnlich fallen der Sommersterblichkeit solche Kinder zum Opfer, die schon vorher an irgend einer chronischen Stoffwechselstörung gelitten haben oder konstitutionell minderwertige Kinder. Auch die durch Schweiß und Staub vermehrten eitrigen Hautentzündungen fordern manche Opfer. Prophylaxe und Therapie ergibt sich von selbst. F e r d i n a n d S a c h s.

P. H. Sylvester and **F. H. Hibben.** *The relation of the gas bacillus to infectious diarrhea and other digestive disturbances in childhood.* (Das Verhältnis des Gasbazillus zu den Verdauungsstörungen.) (Arch. of Pediatrics, Juni 1915.)

Das Vorkommen des Bazillus ist stets pathologisch; er wird aber bei Störungen aller Art, selbst leichteren gefunden. Man bekämpft den Keim am zweckmäßigsten mit fettarmer milchsaurer unpasteurisierter Milch. Wachenheim (New York).

A. Baginsky. *Die wichtigsten Verdauungsstörungen des älteren Kindes und ihre Behandlung.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIV, H. 3/4, S. 161.)

Fortbildungsvortrag. Besprochen werden das habituelle Erbrechen und die Azetonurie, die nervöse Anorexie, die Magenatonie, die Achylia gastrica und die schwere Verdauungsinsuffizienz, endlich die Obstipation. Thorspecken (Badenweiler).

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

Georg Benestadt (Christiania). *Ist Kolostrum das unreife Sekret einer insuffizienten Mamma?* (Med. Klinik, 1915, Nr. 1.)

Im Gegensatze zu der Czernyschen Hypothese, nach der die Einwanderung der Leukozyten und die Kolostrumbildung eine Folge der mechanischen Wirkung von Milchstauung sei, vertritt Verf. die Ansicht, daß es sich bei der Kolostrumabsonderung um eine Insuffizienz der bis dahin ungeübten Mammazellen handle. Die Fähigkeit der Epithelien, fertige, reife Milch zu erzeugen, entwickelt sich erst im Laufe einiger Tage. Diese Insuffizienz offenbart sich aber nicht nur in der Unmöglichkeit der Produktion einer normal zusammengesetzten Milch, sondern auch in dem Umstande, daß Teile des Drüsensekretes anstatt nach außen nach innen an Blut und Lymphe abgegeben werden. Hierfür spricht die Laktosurie während der Kolostrumbildung und ein analoges Verhalten der Leber beim Icterus neonatorum (Ylppö). Diese nach innen sezernierten Kolostralstoffe sind es auch, die auf die Leukozyten einen chemotaktischen Reiz ausüben und ihre Einwanderung in die Drüse bewirken.
Ferdinand Sachs.

Disqué (Potsdam). *Die Milch in der ärztlichen Praxis.* (Med. Klinik, Nr. 15, Nr. 6.)

Für den Pädiater bekannte Dinge. Ferdinand Sachs.

M. Ladd. *Homogenized milk.* (Homogenisierte Milch.) (Boston Med. and Surg. Journ., 1. Juli 1915.)

Verf. bewirkt die Einverleibung von Olivenöl in fettfreier Milch respektive Malzsuppe mittels Homogenisierapparat; mit dem resultierenden Gemenge will er bei Atrophie und in der Rekonvaleszenz nach Durchfällen sehr befriedigende Gewichtszunahme erzielt haben. Die Mängel der pflanzlichen Fette gegenüber dem Milchfett bei längerer Anwendung, ebenso die Nachteile der Homogenisierung, kommen

bei dieser Gelegenheit nicht in Erwägung. Doch will Verf. eventuell das Olivenöl durch Lebertran ersetzen.

Wachenheim (New York).

Wachstum und Stoffwechsel.

G. Finizio. *Valore dell' acido cloridrico libero nel contenuto gastrico del lattante.* (Die Bedeutung der freien Salzsäure im Magensafte des Säuglings.) (La Pediatria, Napoli 1915, Heft III.)

Nach Besprechung der Ergebnisse der Untersuchungen anderer Autoren bringt Verf. die Resultate eigener Versuche. Von diesen hat er zwei Reihen angestellt. Das erstemal untersuchte er die Wirkung des Pepsins auf Frauenmilch bei Fehlen oder bei Anwesenheit von minimen Mengen freier Salzsäure. Verschiedenen Portionen Frauenmilch von je 100 cm^3 setzte er je 20 cg salzsäurefreien Pepsins und steigende Mengen Normallösung von Salzsäure (von 1 cm^3 ausgehend, und um je $\frac{1}{2}$ cm^3 steigend; 0·1168 g Salzsäure wurden durch 100 cm^3 Milch gebunden).

Aus den Versuchen ergab sich, daß die Pepsinverdauung der Frauenmilcheiweißkörper auch bei einem Defizit von freier Salzsäure vor sich gehen kann. Sie wird desto intensiver, je mehr dieses Manko sich verringert. Die Stärke der Verdauungsfähigkeit steigt nicht plötzlich, sondern allmählich, wie schon, im Gegensatz zu Müller, Schütz betont hatte.

In der zweiten Versuchsreihe wurde Kuhmilch genommen und dieser außer Pepsin und steigenden Mengen Salzsäure auch Labferment hinzugesetzt, um annähernd die gleichen Verhältnisse, wie bei der natürlichen Magenverdauung zu schaffen. Die Resultate schließen sich den vorhergehenden an. Je größere Quantitäten Salzsäure das Kaseingerinnsel gebunden hat, desto größer ist die verdaute Menge. Zuletzt untersuchte Verf., welchen Schwankungen der Stickstoffgehalt der löslichen Substanzen im Magensaft unterworfen ist, wenn dieser, ohne freie Salzsäure zu enthalten, gewonnen und künstlich der Verdauung überlassen worden ist. Er konnte feststellen, daß letztere auch bei Abwesenheit von freier Salzsäure vor sich geht.

Verf. macht aber darauf aufmerksam, daß die wirklichen Verhältnisse der Magenverdauung auch bei diesen Versuchen nicht erreicht sind.

Das Fehlen freier Salzsäure im Magensafte, welcher in der ersten Stunde nach einer Milchmahlzeit beim Säugling gewonnen wird, erlaube uns nicht, das Fehlen einer Eiweißverdauung anzunehmen. Damit soll aber nicht gesagt sein, daß die Salzsäureausscheidung überhaupt überflüssig sei. Cramer (Zürich).

G. Finizio. *Sulla digestione della caseina nello stomaco dei lattanti.* (Über die Verdauung des Kaseins im Magen von Säuglingen.) (La Pediatria, Napoli 1915, Heft II.)

Es wurden zwei Versuchsreihen aufgestellt. Einmal mit Magensaft von Säuglingen, die wenigstens 4 Stunden gehungert hatten, nach einer Scheinmahlzeit. Das zweite Mal mit Magensaft von Säuglingen nach gewöhnlicher Brust- oder Kuhmilchmahlzeit, der in Abständen von 30—60—90—120 Minuten gewonnen wurde. Verf. benutzte die Mettsche Methode, ersetzte aber das Ovoalbumin durch Kasein und konnte feststellen, daß der Magensaft der Säuglinge das Kasein gut verdauen kann, und zwar besitzt er diese Fähigkeit gegenüber dem Kasein in gleichem Grade wie der Magensaft der Erwachsenen gegenüber dem Ovoalbumin. Cramer (Zürich).

Erich Schade. *Über die Leberfunktionsprüfung mittels Lävulose bei Säuglingen und Kindern.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXII, S. 45—65.)

Versuche mit einmaliger Zufuhr größerer Mengen Lävulose ergaben, daß die Toleranzgrenze für dies Kohlehydrat bei Säuglingen mit etwa 4 g auf 1 kg Körpergewicht sehr hoch liegt und mit steigendem Alter allmählich abnimmt. Bei wiederholten, schnell aufeinander folgenden Lävulosegaben tritt eine Überlastung der Leber auf, bei dauernden kleinen Gaben eine Gewöhnung. Von der Menge der gleichzeitig zugeführten andersartigen Kohlehydrate scheint die Toleranzgrenze für Lävulose nicht beeinflußt zu werden. H. Vogt.

Albert Niemann. *Über den Einfluß der Nahrung, insbesondere des Kohlehydrats, auf die Harnsekretion beim Säugling.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXII, S. 21—44.)

Bei Säuglingen kommt es bei Zulage von Kohlehydrat zur Nahrung in einem Teile der Fälle zu einer Verminderung der Harnmenge. Bleibt diese aus, ohne daß Störungen der Darmfunktion bestehen, so deutet das auf mangelhafte Verwertung der Kohlehydrate. Die Einwirkung auf die Harnausscheidung trat ein nach Verabreichung von Milchzucker wie auch Roggenmehl, während sie fehlte bei Rohrzuckerdarreichung. Die in der Abnahme der Harnsekretion zum Ausdruck kommende Wasserretention schließt sich unmittelbar an die Aufnahme von Kohlehydrat an und geht schnell vorüber, hängt also wohl mit den Vorgängen bei der Verdauung der Kohlehydrate zusammen. H. Vogt.

F. Stirnimann. *Beitrag zur Kenntnis der Wirkung der Vitamine respektive des Orypans.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1915, Nr. 37.)

Nach Funk bedingt das Fehlen der Vitamine in der Nahrung das Auftreten der Avitaminosen, zu denen Beriberi, Skorbut, Barlowsche Krankheit, Pellagra, Rachitis und einzelne Formen der Ernährungsstörungen der Säuglinge zu rechnen sind. Die Vitamine sind stickstoffhaltige, thermolabile Stoffe, welche in den natürlichen Nahrungsmitteln enthalten sind (sehr vitaminreich sind Lebertran, Eigelb, Fleischsaft, Hafer, grüne Gemüse, Obst und Kartoffeln), in künstlichen aber bei der technischen Verarbeitung entweder ent-

fernt oder durch die Zubereitung in der Hitze zerstört werden. (Arm an Vitamin sind Konserven und sterilisierte Milch; Sago, polierter Reis und Weizenmehl sind vitaminlos.) Orypan ist von der chemischen Industrie in Basel aus Reiskleie hergestelltes Vitamin.

Verf. stellte nun bei 15 relativ gesunden Kindern, bei denen aber Avitaminosen vermutet werden konnten, Versuche mit Orypan an (die Kinder erhielten täglich 0·25 g Orypan während 4 Monaten) und fand dabei im Vergleich zu 15 Kontrollkindern eine beinahe doppelt so große Gewichtszunahme, ein auffallendes Zurückbleiben des Längenwachstums und keine nennenswerte Einwirkung auf die Symptome der Rachitis oder der exsudativen Diathese.

Die Resultate berechtigen zu weiterem Studium; wenn auch bei der kleinen Zahl der Versuchskinder der Zufall eine Rolle spielen kann, so bleibt doch die auffallende Beeinflussung der Gewichtszunahme und Verf. kann deshalb mit Recht die Anwendung des Orypan in geeigneten Fällen (starkes Längenwachstum mit Abmagerung) empfehlen. E. Burckhardt (Basel).

F. B. Talbot. *The energy metabolism of an infant with congenital absence of the cerebral hemispheres.* (Der Energieumsatz eines Kindes mit angeborenem Fehlen beider Hirnhemisphären.) (Arch. of Pediatrics, Juni 1915.)

Der Energiequotient betrug durchschnittlich bloß 36 Kalorien, was bei der rein vegetativen Existenz des betreffenden 8- bis 9monatlichen Kindes unschwer verständlich ist.

Wachenheim (New York).

Gg. Haas (Gießen). *Über Indikanämie.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 31.)

Indikan wurde zuerst von Obermayer und Popper im Blute Urämischer, dann von Tschertkoff auch im Blute bei chronischer und akuter Nephritis nachgewiesen. Haas beobachtete 2 Patienten mit Schrumpfniere und parenchymatöser chronischer Nephritis, die bei normalen Reststickstoffwerten im Blute eine nicht unbeträchtliche Indikanämie aufwiesen. Er schlägt vor, die Indikanämie unter Benutzung der Jolles schen Indikanreaktion zur Nierenfunktionsprüfung zu benutzen. Ferdinand Sachs.

E. Schloß (Rummelsburg). *Vergleichende Untersuchungen über die Wirkung anorganischer und „organischer" Kalkphosphorpräparate auf den Stoffwechsel bei frischer und abheilender Rachitis.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIII, H. 5/6, S. 359.)

Die erste (9. der fortlaufenden) Versuchsreihe wurde an einem natürlich genährten Kinde mit frühzeitiger Kraniotabes angestellt. Das anorganische Salz (Trikalziumphosphat) wurde scheinbar besser ausgenutzt als das organische Präparat (Trikalkol). In Wirklichkeit war die Erscheinung durch die spontane Besserung der Kalk- und Phosphorbilanz bedingt. Schloß nimmt an, daß die vermehrte Mineralaufnahme die Heilung begünstigte. Lebertran verbesserte die

Retention nur ganz unbedeutend. Bei Ernährung mit Kuhmilch trat, trotz Zugabe von Lebertran, eine bedeutende Verschlechterung der N-, Kalk- und Phosphorsäureretention auf — Versuche, die die große Bedeutung des Nahrungsmilieus illustrieren.

Die zweite (10.) Versuchsreihe, die sich über 3 Monate erstreckte, betraf ein Kind, bei dem sich nach schwerer Ernährungsstörung eine Kraniotabes entwickelt hatte. Ernährung mit Frauenmilch. Die Beziehungen der Kalkzulage zur N-Retention sind, wie im vorigen Versuch, nur geringe. Plasmonzulage mit und ohne Lebertran hatte eine Verbesserung der Phosphor-, aber nicht der Kalkbilanz zur Folge. Viel größer war der Einfluß von Trikalziumphosphat (+ Lebertran) und von Trikalkol (ohne Lebertran). Letzeres zeigte eine geringe Überlegenheit. Die Resorption der Phosphorsäure war bei diesem Präparat wesentlich größer, sie wurde aber im Urin vermehrt wieder ausgeschieden, so daß der Ansatz sich vom andern Präparat nicht viel unterschied. — Die gesamte Kalkretention in der ganzen Versuchszeit (35 g) übertraf die normale um ein bedeutendes, mindestens um 18 g Kalk. In der Nahrung standen dem Kind aber im ganzen nur zirka 9 g zur Verfügung. Das gleiche Verhältnis ergab sich für die Phosphorsäure. Der große Nutzen der Kalkzulage ist dadurch klar erwiesen.

Schloß betont, daß die Form, in der die Kalkzulage dargeboten wird, hinter der inneren Aufnahmsfähigkeit des Organismus und dem Nahrungsmilieu, in dem das Präparat gegeben wird, zurücksteht. Thorspecken (Badenweiler).

Neugeborene.

Schute. *Natürliche Ernährung und Gewichtsverhältnisse von 100 Säuglingen der Osnabrücker Hebammenlehranstalt.* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 21, S. 618.)

Zur Verringerung der Gewichtsverluste in den ersten Lebenstagen hat sich in der Osnabrücker Hebammenlehranstalt bewährt, Neugeborene 9 Stunden p. p. erstmalig anzulegen und in den ersten Wochen je nach Körpergewicht 6—7—8mal stillen zu lassen. Aus schlecht fließenden Brüsten ist die Milch nicht abzupumpen, sondern abzumassieren. Nagel-Hoffmann.

Konstitution und Diathesen.

S. Samelson. *Die exsudative Diathese.* (Verlag von Julius Springer, 1914.)

Akademische Antrittsvorlesung. Keller.

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

Bernhard (Berlin). *Über den Einfluß der Sommerferien auf die Diphtherie- und Scharlachsterblichkeit.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIV. H. 5/6, S. 351.)

Die Bedeutung der Schulen als Hauptquelle für die Verbreitung der Diphtherie und des Scharlachs wurde schon früher vom Verf. auf Grund einer Bearbeitung der Berliner Schulverhältnisse bestritten. In der vorliegenden Arbeit bringt er weitere Stützen für seine Ansicht, indem er die Sterblichkeit an beiden Erkrankungen in Berlin mit derjenigen in mehreren rheinischen Städten vergleicht, in denen die Sommerferien 4 bis 5 Wochen später beginnen als in Berlin. Aus den Kurven und Tabellen, welche die Statistik von 10 Jahren als Grundlage haben, ist zu ersehen, daß die großen Ferien für die Zahl der Todesfälle keine Bedeutung haben, daß die Mortalität schon vorher die Neigung zum Sinken hat und vom Ende der Ferienzeit stetig wieder steigt. (Aus der Diphtheriekurve kann man aber immerhin ablesen, daß der Anstieg in den rheinischen Städten erst zirka 1 Monat später einsetzt als in Berlin. Ref.)

Thorspecken (Badenweiler).

H. Berlin. *Zur Frage der bakteriologischen Diphtheriediagnose.* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 29, S. 856.)

Die von Conradi angegebene Methode zur elektiven Züchtung von Diphtheriebazillen liefert bessere Resultate als der direkte Ausstrich auf Löfflerserum. Nagel-Hoffmann.

H. Reiter. *Beiträge zur Diphtheriediagnose.* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 18, S. 522.)

Die Ginssche Färbung der Diphtheriebazillen ist der Neisserschen gleichwertig, nicht überlegen.

Das Verfahren nach Conradi (Ausschüttelung einer wässerigen Suspension des Untersuchungsmaterials mit Kohlenwasserstoff und Aufsaugung mit einem mit Fließpapier umwickelten ölgetränkten Tupfer) ist sehr umständlich und nicht erfolgreicher als das alte Untersuchungs- respektive Züchtungsverfahren.

Nagel-Hoffmann.

William H. Park und **Abr. Zingher.** *Praktische Ergebnisse mit der Schickschen Reaktion.* (Proc. New York Pathol. Soc, Bd., XIV. p. 151—158.)

Als Schicksche Reaktion bezeichnen die Verff. die Erscheinungen nach intrakutaner Injektion von $^1/_{50}$ M. L. D. Diphtherietoxin, gelöst in 0·2 cm³ physiologischer Kochsalzlösung. Bei Abwesenheit von Antitoxin kommt es danach zu geringer Rötung und Schwellung, die 7 bis 10 Tage anhält und beim Verschwinden eine braune Färbung hinterläßt. Von 700 damit untersuchten Scharlachkranken gaben 400 = 57% negative Reaktion. Mehr als ein Viertel der negativ reagierenden Kranken wurden während des Krankenhaus-

aufenthaltes Bazillenträger, ohne daß es zu einer Erkrankung an Diphtherie kam. Die mit der Schickschen Reaktion als antitoxinfrei erwiesenen Kranken wurden mit Mischungen von Toxin-Antitoxin behandelt; von denen, bei welchen der Versuch der aktiven Immunisierung erfolglos geblieben war, erkrankten 42 an Diphtherie, und zwar 20 an Nasen-, 20 an tonsillärer und 2 an Kehlkopfdiphtherie. Die Empfänglichkeit für Diphtherie ist nach dem Ausfall der Schickschen Reaktion bemessen, am verbreitetsten im 2. und 3. Lebensjahr, während sie im späteren Kindesalter abnimmt. Die zu einer Familie zugehörenden Kinder reagieren auffallend gleichmäßig, was zu der Annahme drängt, daß es noch ein sogenanntes „natürliches" Antitoxin gibt neben dem auf Infektion mit dem Klebs-Löfflerschen Bazillus zurückzuführenden. Bei subkutaner Injektion ist die 10- bis 20fache Dosis Serum erforderlich, um die gleiche Einwirkung auf den Ausfall der Schickschen Reaktion zu erzielen, wie nach intravenöser Injektion. Das Fehlen einer antitoxischen Immunität bei zahlreichen Personen, die Diphtherie überstanden haben, spricht dafür, daß die Erkrankung in der Regel eine antibakterielle Immunität auslöst, mit der nur in einem Drittel der Fälle eine antitoxische Immunität gesellschaftet ist. Bei chronischen Reinfektionen mit Diphtheriebazillen kommt es, wie Kinder zeigen, die sich lange auf Diphtheriestationen aufhalten, meist zu einer antitoxischen Immunität. Von 68 aktiv immunisierten Patienten kam es bei 44, die alle von Haus aus Antitoxin beherbergten, zu einer Erhöhung des Antitoxingehaltes; alle diese blieben von Diphtherie verschont. Von den 24, die antitoxinfrei waren, bildeten 6 bei Behandlung Antitoxin, die verschont blieben, während von den 18, die kein Antitoxin erzeugten, 5 an Diphtherie erkrankten. Etwa drei Viertel der Individuen, die keine natürliche Immunität gegen Diphtherie aufweisen, versagen bei der Immunisierung mit Toxin-Antitoxingemischen. H. Vogt.

Otto Seidel (Jena). *Zur Behandlung der Diphtherie.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 36.)

Durch neuere Untersuchungen von Morgenroth u. a. ist festgestellt, daß Diphtherietoxin, das im Blute kreist, nicht sofort durch zugeführtes, in die Blutbahn gebrachtes Antitoxin maximal neutralisiert wird, sondern daß die Bindung nur ganz allmählich erfolgt, so daß eine gewisse Toxinmenge von dem entsprechenden Antitoxin erst in 24 Stunden gebunden wird. Während dieser langsamen Bindung kann immer noch Toxin die Blutbahn verlassen und sich in den Körperzellen verankern. Solange das Toxin noch im Blutstrome kreist, kann es ganz erheblich leichter neutralisiert werden, als wenn es bereits am Gewebe fixiert ist. Eine vorhandene Toxinmenge kann ferner um so rascher gebunden werden, je größer der Überschuß an zugeführtem Antitoxin ist. Aus diesen Tatsachen ergibt sich für die therapeutische Diphtherieantitoxinbehandlung die Forderung, die Blutbahn möglichst rasch mit großen Antitoxinmengen zu überschwemmen und diesen Antitoxinüberschuß eine längere Zeit hindurch aufrechtzuerhalten. Die erste Bedingung erfüllt die intra-

venöse Injektion des Serums. Da aber 8 Stunden nach der Einspritzung die Konzentration des Antitoxins im Blute schon erheblich abnimmt, müßte man, um dauernd volle Wirkung zu erzielen, die intravenöse Injektion öfter wiederholen. Bei intramuskulärer Einspritzung des Serums ist es nicht möglich, in kurzer Zeit eine so hohe Konzentration von Antitoxin im Blute zu erreichen, wie bei der intravenösen Methode. Der Höhepunkt für den maximalen Gehalt wird erst nach 24 bis 48 Stunden erreicht. Beide Injektionsmethoden ergänzen sich also in ihrer Wirkung. Aus diesen theoretischen Erwägungen heraus muß also die kombinierte intravenös-intramuskuläre Injektion die besten Erfolge versprechen. Diese Voraussetzung hat sich Verf. auch bei seinem Diphtheriematerial an der medizinischen Klinik in Jena bestätigt. Ferdinand Sachs.

R. Koch. *Gibt es eine erfolgreiche Scharlachbehandlung?* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 13, S. 372.)

Koch hat von 263 Scharlachfällen die 28 schwersten mit Scharlach-Rekonvaleszenten-Serum behandelt, 12 etwas leichtere Fälle mit normalem Menschenserum. Von beiden Versuchsreihen starb je einer. Rekonvaleszentenserum scheint dem Normalserum überlegen. Bei ganz kleinen Kindern verabfolgt er 50 cm³, bei älteren mindestens 100 cm³ intravenös, möglichst innerhalb der ersten 3 Krankheitstage. Steriles Arbeiten! Nagel-Hoffmann.

Felix Schleißner. *Zur Ätiologie des Scharlachs.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXII, S. 225—240.)

Durch Einblasen von Streptokokkenkulturen, die von Scharlachkranken stammten, in die Mund- und Nasenhöhle von Affen gelang es Verf., mit einer gewissen Regelmäßigkeit ein Krankheitsbild hervorzurufen, das in Fieber, Angina, Exanthem, Himbeerzunge und nachfolgender Schuppung bestand. Verf. ist überzeugt, daß es sich in seinen Versuchen um experimentell hervorgerufene Scharlacherkrankung handelte und daß er damit zugleich den Nachweis geführt habe, daß der Erreger des Scharlachs ein Streptokokkus ist.

H. Vogt.

E. Reiß und **Johann Hertz** (Frankfurt a. M.). *Weitere Beiträge zur Serumbehandlung des Scharlachs.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 34.)

Verf. berichten über weitere Fälle von Scharlach, die mit Rekonvaleszentenserum behandelt wurden, und zum Vergleich auch über einige Kranke, denen Normalserum und Moserserum injiziert worden war. Wie schon in den früheren Publikationen über Rekonvaleszentenserum hervorgehoben, soll diese Therapie nur bei primärer Scharlachintoxikation angewandt werden. Bei den durch sekundäre Infektion mit Strepto- und anderen Kokken bedrohten Patienten versagt diese Serumtherapie. Die zu infundierende Serummenge soll bei Kindern nicht unter 50 cm³, bei Erwachsenen 100 cm³ betragen, die Infusion soll möglichst frühzeitig und intravenös vorgenommen

werden. Bei Fällen, die nach dem 4. oder 5. Tage zur Behandlung kommen, ist der Erfolg fraglich. Die Wirkung des Rekonvaleszentenserums besteht in einer merklichen Besserung des Gesamtzustandes (Puls, Atmung, Bewußtsein) und in einer Herabsetzung der Temperatur um 2 bis 4°. Der Verlauf der Kurve ist ungefähr folgender: ½ bis 1 Stunde nach der Infusion kleiner Temperaturanstieg von 0·2 bis 0·5°, innerhalb der nächsten 1 bis 3 Stunden kritischer Abfall, der in 8 bis 14 Stunden beendet ist. Bei manchen Kranken am nächsten oder übernächsten Tage wieder mäßiger Anstieg, etwa auf 38°. Mit Normalserum ist manchmal eine dem Rekonvaleszentenserum gleiche, meist aber nur eine geringere Wirkung zu erzielen. Das Moserserum, das Verff. allerdings nur in 2 Fällen angewandt haben, beeinflußte den Krankheitsverlauf in ganz ähnlicher Weise, wie das Rekonvaleszentenserum. Am Schlusse der Abhandlung wird eine genaue Beschreibung der Technik der Serumgewinnung und Infusion gegeben. Ferdinand Sachs.

B. F. Knause. *Study of later cases of scarlet fever occurring in Brooklyn.* (Sekundäre Scharlachfieberfälle.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 24. Juli 1915.)

Verf. meint, daß die mildere Handhabung der Absperrung in New York der Ausbreitung der Krankheit nicht in höherem Grade förderlich ist, als die strengen Maßregeln vieler Ortschaften. Es kommt dabei aber auf das Verständnis und die Fügsamkeit des Publikums an, bei Mitwirkung desselben genügt meist die bloße Anzeige. Wachenheim (New York).

A. Lichtenstein. *Bidrag till kännedimen om mässling hos späda barn.* (Beitrag zur Kenntnis der Masern im Säuglingsalter.) (Hygiea, 1914, Bd. LXXVI, p. 1022.)

47 Säuglinge, die früher nicht Masern durchgemacht hatten, wurden einer Maserninfektion im Krankenhause ausgesetzt. Von den Kindern erkrankten 40. Mortalität 15%. Von 6 Kindern, die 3 Monate alt waren, wurde nur eines angesteckt (17% Morbidität). Von den 4 bis 6 Monate alten Kindern erkrankten 87%, von den noch älteren 100%. Ein Unterschied zwischen den Brust- und Flaschenkindern konnte nicht nachgewiesen werden. Nur 6 (19%) von den Kranken zeigten Koplik. Bei den jüngeren Kindern verlief die Krankheit im allgemeinen abortiv. Die katarrhalischen Symptome waren schwach ausgeprägt, die Exantheme schwach und in wenigen Tagen verschwunden, das Fieber gering, der Allgemeinzustand wenig gestört. Selten traten Komplikationen auf und der Ausgang war in der Regel günstig. In einem Falle konnten nur die katarrhalischen Symptome und eine gewissermaßen typische Fieberkurve konstatiert werden. Da das Kind nachher trotz Gelegenheit zur Ansteckung nicht weiter erkrankte, scheint es motiviert, den Fall als Morbilli sine Exanthemate aufzufassen. Bei den Kindern, die über 1 Jahr alt waren, verlief die Krankheit in jeder Beziehung wie bei älteren Kindern. Wernstedt (Malmö).

C. Herrman. *Immunization against measles.* (Immunisierung gegen Masern.) (Arch. of Pediatrics, Juli 1915.)

Verf. verwertet die relative Immunität in den ersten 5 Lebensmonaten, indem er die Nasenschleimhaut kleiner Säuglinge mit dem Nasensekret Masernkranker (im katarrhalischen Stadium) einimpft. Viele Säuglinge reagieren gar nicht, andere bekommen leichtes Fieber, gelegentlich Spuren von Roseola. Mehrere dieser Kinder wurden im zweiten Lebensjahre der Masernansteckung ausgesetzt, davon erkrankte keines.

Versuche mit dem Virusfiltrat bieten nicht so gute Aussichten, weil das Filtrat sehr oft nicht virulent ist. Das frische Sekret ist auch nur auf 24 Stunden zuverlässig; zur weiteren Benutzung des vorliegenden Verfahrens ist eine Konservierungsmethode sehr wünschenswert. Wachenheim (New York).

P. S. Potter. *A case of infectious purpura.* (Fall von infektiöser Purpura.) (Arch. of Pediatrics, Juli 1915.)

Streptokokken, Staphylokokken und Vincentkeime im Rachen, Blutkultur negativ, keine Sektion.

Wachenheim (New York).

Hermann Lüdke (Würzburg). *Die Behandlung des Abdominaltyphus mit intravenösen Injektionen von Albumosen.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 10.)

Es war bekannt, daß bei Typhuskranken intravenöse Injektion von abgetöteten Typhus- oder Kolibazillen nach kurzem Anstieg der Temperatur und Schüttelfrost eine kritische Entfieberung herbeiführte. Verf. konnte feststellen, daß diese Fähigkeit nicht nur den genannten beiden Bazillenarten, sondern auch anderen Bakterien und auch künstlich gewonnenen Eiweißstoffen, besonders der Deuteroalbumose, zukommt. Er verwandte zur Injektion 1 cm³ einer verdünnten, bei 52 bis 54° C abgetöteten Koli-, Cholera- und Paratyphus-Bazillen-Bouillon-Kultur und 1 cm³ 2- und 4%iger Deuteroalbumoselösung Merck. Da Roseolen, Milzschwellungen, Diagoreaktion, Leukopenie und leichtere Darmerscheinungen noch tagelang nach der Entfieberung bestanden, so handelt es sich um eine nicht spezifische Wirkung, ohne Abheilung des anatomischen Krankheitsprozesses. Allgemeinzustand, Puls, Atmung und Temperatur waren nach der Entfieberung ganz wesentlich gebessert.

Ferdinand Sachs.

P. Jakob (München-Ebenhausen). *Die Neosalvarsantherapie beim Typhus abdominalis.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 24.)

Verf. hat durch einmalige Injektion von Neosalvarsan in vielen Fällen eine deutliche anhaltende Verbesserung des meist sehr schweren Allgemeinzustandes herbeiführen können. Unangenehme Nebenerscheinungen sind nicht aufgetreten. Ferdinand Sachs.

F. Ditthorn und **W. Schultz** (Berlin). *Zur Antigenbehandlung des Typhus.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 4.)

Verff. stellten sich nach den Vorschriften von Altmann und Schultz ein Antiforminextrakt aus Typhuskulturen her und verwandten dies bei Typhuskranken zur subkutanen und intravenösen Injektion. Die subkutane Anwendung war erfolglos. Auf die intravenöse Einverleibung folgte in der Regel nach 20 Minuten bis 1½ Stunden ein Schüttelfrost von viertel- bis halbstündiger Dauer mit raschem Fieberanstieg, an den sich ein ebenfalls meist rasch verlaufender Abfall unter Schweißausbruch zu normalen und subnormalen Temperaturen anschloß mit konsekutiver wesentlicher Tiefereinstellung der Fieberkurve, eventuell zur Norm. Hand in Hand damit ging eine Besserung der klinischen Allgemeinsymptome einher. Die Bewegungen der Agglutinationstiter weichen dabei von den sonst bei Typhus beobachteten nicht ab. Ferdinand Sachs.

Karl Walko (Bička). *Typhus abdominalis mit hämorrhagischer Diathese.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 12 und 13.)

Verf. hat im Reservespital in B. in Bosnien unter seinem Typhusmaterial 11 Fälle beobachtet, die sich durch hämorrhagisch-diathetische Erscheinungen an Haut, Schleimhäuten und inneren Organen auszeichneten. Da die Kranken nicht einem gemeinsamen Infektionsherd entstammten und bei anderen Soldaten desselben Regimentes der Typhus unter der gewöhnlichen Form verlief, so ist man zu der Annahme berechtigt, daß es sich nicht um die Wirkung eines besonderen Typhusstammes handelt, sondern eher auf eine individuelle Disposition und eventuell besondere Virulenz der Erreger herauskommt. Bei diesem Typhus haemorrhagicus kommen Blutungen der verschiedensten Art und Lokalisation vor, aus Nase, Zahnfleisch, Rachen, Nieren und Darm. Auch 4 Fälle mit Hämoptoe sah Verf. sowie bei der Obduktion Blutungen auf der Pleura, dem Peritoneum und den Muskeln. Am konstantesten waren die Hautblutungen, Petechien der verschiedensten Größe und Blasen mit serös-hämorrhagischem Inhalt. Allen 11 Fällen gemeinsam war die Schwere der Infektion und dementsprechend der Ausgang der Krankheit. Darmerscheinungen fehlten fast ganz, der ganze Verlauf entsprach dem Bilde einer septischen oder pyämischen Erkrankung. Die Differentialdiagnose gegenüber anderen septischen Erkrankungen war durch das Fehlen von Schüttelfrösten und frischer Endokarditis und durch Züchtung der Bakterien aus dem Blute sowie Agglutination zu stellen. Auch gegenüber dem Fleckfieber war nur der Nachweis der Typhusbazillen entscheidend. Im Sinne Schottmüllers faßt Walko den Typhus nicht als Erkrankung des Darmes, sondern als Allgemeininfektion mit Verteilung der Erreger in Blut und Lymphe auf. Der Typhus haemorrhagicus rechtfertigt diese Anschauung noch ganz besonders. Das Auftreten von Hämorrhagien an der Haut und den inneren Organen, die hämorrhagische Umwandlung der Roseolen usw. sind der Ausdruck einer toxischen Schädigung der Gefäße. Dafür spricht auch, daß die Blutungen zeitlich mit dem Nachlassen der

Herzkraft zusammentreffen. Bei der Behandlung spielte demzufolge die Hebung der Kreislaufsschwäche die Hauptrolle.

Ferdinand Sachs.

F. Kalberlah (Frankfurt a. M.). *Die Behandlung der Typhusbazillenträger.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 21.)

Verf. hat sehr gute Resultate erhalten durch kombinierte Behandlung mit Tierkohle und Jodtinktur. Tierkohle allein blieb wirkungslos. 5 Bazillenträger wurden in kurzer Zeit entkeimt. Worin die Bedeutung der Kombination beider Mittel liegt, vermag Verf. nicht zu erklären. Ferdinand Sachs.

P. Ziersch (Freiburg i. B.). *Beobachtungen bei Typhusschutzgeimpften.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 39).

Zusammenfassung:

1. Nach der Typhusschutzimpfung tritt, durchaus in der Regel, ebenso wie beim Typhus abdominalis, sehr bald Leukopenie ein, die wir nach Monaten noch regelmäßig nachweisen konnten. Eine „negative und positive Phase" im Anschluß an die einzelnen Impfungen konnte nicht erkannt werden.

2. Das prozentuale Blutbild zeigte Analogien mit dem des genuinen Typhus abdominalis, abgesehen von der fehlenden Aneosinophilie.

3. Das Auftreten der Gruber-Widalschen Reaktion zeigt weder quantitativ noch zeitlich während und nach der Typhusschutzimpfung bisher erkennbare Gesetzmäßigkeit.

Ferdinand Sachs.

Bruno Fellner. *Beitrag zur Therapie des Typhus abdominalis.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 39.)

Verf. hat mit der subkutanen Injektion der Besredkavakzine gute Erfolge erzielt. Zur Verwendung kam der Typhusimpfstoff des Serotherapeutischen Institutes in Wien, der 500 Millionen Keime im Kubikzentimeter enthält. Als bester Injektionsturnus erwies sich: 1 cm^3 am ersten, 2 am zweiten, 3 am dritten und 3 bis 4 am vierten Tage. Der Erfolg der Behandlung bestand in einer Abkürzung des Fiebers und der Krankheitsdauer auf ungefähr die Hälfte (bei 60% der Fälle), Verringerung der Zahl der Komplikationen und Rezidive sowie der Größe der Gewichtsverluste, Abkürzung der Rekonvaleszenz. Die Mortalität wurde nicht beeinflußt, sie betrug mit und ohne Vakzinebehandlung zirka 7%. Diese niedrige Zahl wurde erreicht durch Einführung einer reichlicheren Ernährung nach dem Vorschlage Fr. Müllers und Schottmüllers, im ganzen zirka 3000 Kalorien. Bei der anfänglich geübten, alten Hungerdiät betrug die Sterblichkeit 20%. Im Gegensatz zu der intravenösen Injektion nach Vincent trat bei der subkutanen Applikation keine stürmischere Reaktion auf. Eine Schädigung des Kreislaufes wurde nie beobachtet. Ferdinand Sachs.

O. Landsberger (Wien). *Zur Prognosestellung bei Typhus abdominalis.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 39.)

Verf. hat nach dem Vorschlage von Schottmüller, Schüffner u. a. die Anzahl der Typhuskeime in einer bestimmten Blutmenge als Kriterium für die Prognose aufgestellt. Fälle mit 30 bis 40 Keimen in 2 cm^3 Blut verliefen im allgemeinen leicht, solche mit über 100 Keimen hatten eine schlechte Prognose. Bei letzteren hat die intravenöse Vakzineinjektion den Zustand verschlimmert, ist also hier kontraindiziert. Dauernde Entfieberung konnte auch bei den Fällen mit niederer Keimzahl nicht erzielt werden. Die Mortalität wurde im allgemeinen nicht beeinflußt.

Ferdinand Sachs.

R. Vaglio. *Un caso di paratifo B con ittero grave.* (Ein Fall von Paratyphus B mit schwerem Ikterus.) (La Pediatria, Napoli 1915, Heft III.)

Es handelt sich um einen durch die Agglutinationsprobe sichergestellten Fall von Paratyphus B bei einem 5jährigen Knaben. Der ungünstige Ausgang der Krankheit ist durch den schweren infektiösen Ikterus bedingt gewesen, welcher nicht so selten im Gefolge von paratyphösen Erkrankungen auftritt. Im übrigen waren die Organbefunde denen bei Typhus ähnlich; nur fehlten, wie vereinzelt bei letzterem auch, Veränderungen an den Follikeln und an den Peyerschen Plaques. Cramer (Zürich).

O. Bujwid (Krakau). *Über Dysenterieserum und dessen Anwendung zu prophylaktischen und therapeutischen Zwecken.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 37.)

Bericht über gute Erfolge mit einem Ruhrserum, sowohl bei therapeutischer als auch prophylaktischer Anwendung. Das Serum wird im Institut des Verfs. gewonnen bei Pferden durch intravenöse Injektion verschiedener lebender Stämme von Shiga-Kruse, Flexner und einiger anderer abweichender Arten von Dysenteriebazillen. Da die Agglutination meist der Heilwirkung parallel geht, so werden diejenigen Sera benutzt, welche einen Titer von mindestens 1 : 3000 haben. Ferdinand Sachs.

Adolf Klesk (Krakau). *Über die Serumbehandlung der Ruhr.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 42.)

Guter Erfolg der Serumbehandlung, besonders bei Anwendung in den ersten 3 Tagen. Im Inkubationsstadium kann das Serum den Ausbruch der Krankheit nicht mehr aufhalten. Einen prophylaktischen Serumschutz hält Verf. für wahrscheinlich.

Ferdinand Sachs.

E. Adler (Salzergut). *Über die Behandlung ruhrartiger Darmerkrankungen mit Papaverin und Jodtinktur.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 12 und 13.)

Nach dem Vorschlage Pals hat Verf. Dysenterie, Paratyphus und ähnliche Erkrankungen, bei denen Tenesmen im Vordergrunde

des Krankheitsbildes standen, mit gutem Erfolge mit Papaverin, 0·02 bis 0·05 zwei- bis viermal täglich, behandelt. Das Opium, das ja auch den Stuhldrang beseitigt, hat den Nachteil, daß es eine Art Krampfstellung des Enddarmes herbeiführt und so die lokale Behandlung der Darmschleimhaut behindert. Jodtinktur wurde als Einlauf, 30 bis 40 Tropfen einer 5%igen Tinktur auf ½ bis ¾ l Wasser, und per os zwei- bis dreimal täglich 10 Tropfen derselben Tinktur gegeben. Ferdinand Sachs.

J. Straßburger (Frankfurt a. M.). *Akute Darmerkrankungen im Feld und ihre Behandlung, insbesondere mit Suprarenin.* (Med. Klinik. 1915, Nr. 42.)

Aus dem Vortrage ist der letzte Teil auch für den Pädiater von Interesse. Verf. konnte die Angaben v. Gröers über die günstige Wirkung des Suprarenins bei Dysenterie bestätigen und erzielte die gleichen Resultate auch bei ruhrähnlichen Darmerkrankungen nicht spezifischer Natur. Die Zahl der Durchfälle nahm schnell ab. Blut und Schleim verschwanden auffallend rasch. Verf. gab 3mal 15 bis 20 Tropfen der gewöhnlichen Suprareninlösung (1 : 1000) in etwas Wasser innerlich in Abständen von je einer Stunde, meist Wiederholung am nächsten und, wenn nötig, übernächsten Tage. Bei tiefsitzenden Erkrankungen des Darmes wurden außerdem Klysmen gegeben, 1 cm³ Adrenalinlösung auf ½ l Wasser. Verf. erklärt die Wirkung des Adrenalins folgendermaßen:

1. Erregung der motorischen Hemmungsnerven des Darmes, der Nervi splanchnici, die zum sympathischen System gehören.

2. Januschke hat nachgewiesen, daß Adrenalin unabhängig von seiner den Gefäßtonus beeinflussenden Eigenschaft in eigenartiger Weise entzündungswidrig wirkt.

3. Vom Pilokarpin ist bekannt, daß es die Schleimsekretion der Bronchien und des Darmes anregt. Die gegenteilige Wirkung des pharmakologischen Antagonisten kann man sich leicht vorstellen.

Ferdinand Sachs.

Hübschmann (Leipzig). *Über Influenza.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 32.)

Verf. untersuchte in den Wintermonaten an 110 Leichen das Sekret des Bronchialbaumes auf Influenzabazillen. In 70 der untersuchten Fälle konnte er im Ausstrich, davon wieder 31mal in Reinkultur, den Pfeifferschen Bazillus nachweisen. Pathologisch handelte es sich um gewöhnliche Bronchitiden und um Bronchiolitiden mit anschließenden, miliaren „Bronchopneumonien", um Lobulärpneumonien, Bronchiektasien und chronische Tuberkulosen (Mischinfektion). Er sieht in den meisten dieser Fälle den Influenzabazillus als den pathogenen Erreger und nicht als zufälligen Saprophyten an und hält sich daher für berechtigt, von einer Influenzaepidemie im Sinne Pfeiffers zu sprechen.

Ferdinand Sachs.

Sörensen (Kopenhagen). *Vier Fälle von Lähmung bei Keuchhusten.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIV, H. 5/6, S. 368.)

In 4 Fällen von Keuchhusten trat, meist im späteren Stadium der Krankheit, eine schlaffe Hemiplegie auf. Jedesmal bestand für einige Tage Fieber. Drei der Kinder litten auch an Krämpfen. Die Lähmungen bildeten sich alle in kurzer Zeit zurück. Wegen der gutartigen Natur der Lähmungen nimmt Sörensen an, daß sie die Folge eines nicht sehr wirksamen Toxins sind, das besonders bei neuropathischen Kindern eine Wirksamkeit entfalten könne.

Thorspecken (Badenweiler).

C. G. Norris. *The diagnosis and treatment of gonococcal vulvovaginitis in infants and young children.* (Diagnose und Therapie der Gonorrhöe kleiner Kinder.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 24. Juli 1915.)

Nur durch gründliche Behandlung kommt man zum Ziel, es ist daher Aufopferung des Hymens erforderlich, da man sonst z. B. der Zervikalschleimhaut kaum beikommen kann.

Wachenheim (New York).

Bendix (Berlin). *Der akute Gelenkrheumatismus und seine Komplikationen im Kindesalter.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 43.)

Fortbildungsvortrag. Ferdinand Sachs.

H. Eichhorst (Zürich). *Eitrige Pneumokokkenmeningitis im Gefolge von Pneumokokkenappendizitis und Periappendizitis.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 37.)

Klinische Epikrise. Ferdinand Sachs.

R. Klinger und **F. Fourman** (Zürich). *Zur Bakteriologie und Prophylaxe der Meningitis epidemica.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 31.)

Verff. haben bei einer Kasernenepidemie von Genickstarre bakteriologische Untersuchungen und Isolierungsversuche, besonders von Keimträgern, angestellt und sind dabei zu folgendem Ergebnis gekommen: In einer Reihe von Fällen von sicherer Zerebrospinalmeningitis wurden Diplokokken gefunden, welche zwar mikroskopisch mit typischen Meningokokken vollständig übereinstimmten, sich aber kulturell durch fehlende Maltosevergärung von denselben unterschieden. Auch in bezug auf das Wachstum auf eiweißfreien Nährböden und auf die serologischen Reaktionen (Agglutination, Komplementbindung) wurde bei einzelnen der Stämme ein abweichendes Verhalten beobachtet. Diese atypischen Stämme können also, wenn sie nicht aus dem Liquor, sondern dem Nasen-Rachensekret stammen, nicht mit Sicherheit identifiziert werden und dies ist bei der Untersuchung der Keimträger zu berücksichtigen. Die Isolierungsversuche führten zu dem Ergebnis, daß die Feststellung und Absonderung aller Kokkenträger beim Auftreten von Meningitis epidemica, selbst innerhalb geschlossener Anstalten (z. B. Kinder- und Säuglingsheime), praktisch undurchführbar, aber auch unnötig ist. Ferdinand Sachs.

F. Umber (Berlin). *Flecktyphusartiger Verlauf von Genickstarre.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 7.)

Verf. teilt die Krankengeschichte eines Soldaten mit: Plötzlich mit Schüttelfrost einsetzende Kontinua nach eintägigen Prodromalerscheinungen, Pulsbeschleunigung, Status typhosus, heftige Glieder- und Muskelschmerzen, katarrhalische Erscheinungen der Schleimhäute, Bronchitis, Milzschwellung, Roseolen und Petechien in typischer Verbreitung. Nackensteifigkeit fehlte. Da weder im Blute noch im Stuhl Typhusbazillen nachgewiesen werden konnten, der Widal negativ war und Leukozytose bestand, wurde die Diagnose Fleckfieber gestellt. Die Obduktion ergab Meningokokkenmeningitis. Verf. weist darauf hin, daß in der oberschlesischen Genickstarreepidemie vereinzelte Fälle mit roseolärem Exanthem beobachtet wurden und daß früher die Genickstarre vor der Erkennung als selbständige Krankheit unter die typhusartigen „Petechialfieber" eingereiht wurde, daß also damals die mit Exanthemen einhergehenden Formen häufiger gewesen sein müssen als heute, wo sie kaum bekannt sind. Ferdinand Sachs.

G. Rutelli. *Contributo alla terapia della meningite cerebrospinale epidemica da meningococco di Weichselbaum.* (Beitrag zur Therapie der Meningokokkenmeningitis.) (La Pediatria, Napoli 1915. Heft I.)

Bei 18 mit Serum behandelten Fällen von Meningitis cerebrospinalis konnte Verf. 10 Heilungen und 1 ansehnliche Besserung erzielen. 2 Todesfälle waren irrationell behandelt worden.

Nach seinen Beobachtungen kommt er zu folgenden Schlußfolgerungen: Der beste Zeitpunkt für das Einsetzen der Serumtherapie kann nicht in allen Fällen a priori bestimmt werden. Die Virulenz der Infektion, der Widerstand des Organismus und die Menge des eingespritzten Serums spielen dabei eine Rolle. Die nötige Serummenge wechselt von einem Kranken zum andern. Wichtig zur Vermeidung von anaphylaktischen Erscheinungen sei es, das Serum immer auf gleichem Wege einzuspritzen. Was die Menge anbelangt, so bestehen keine Beziehungen zum Körpergewicht. Neugeborene vertragen enorme Mengen. Im allgemeinen solle man soviel Serum einspritzen, wie Liquor entnommen wurde.

Verf. verwendete Berner und Wellcomeserum, ohne einen Unterschied bemerken zu können. Zu empfehlen sei ganz frisches, nicht wie von Spolverini angegeben wurde, 2 Jahre altes Serum. Cramer (Zürich).

Halbey. *Über spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis anterior acuta) im Stadt- und Landkreise Kattowitz.* (Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, H. 4, S. 7.)

Bericht über die in den Jahren 1909 bis 1913 beobachteten Fälle von Poliomyelitis. H. Vogt.

O. Cozzolino. *La febbre melitœuse o mediterranea o ondulante nei bambini.* (Das Maltafieber bei Kindern.) (La Pediatria, Napoli 1915, Bd. VIII.)

An Hand von 7 Fällen, die in Cagliari durch Dr. Regoli beobachtet und durch die Wrightsche Probe als Maltafieber sicher festgestellt wurden, bespricht der Autor Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose usw. dieser Krankheit.

Die 7 Fälle bringen die Zahl der in der Literatur bekannten auf 48, die sicher in Anbetracht der Häufigkeit der Krankheit gering ist.

Im allgemeinen scheint die Prognose gut zu sein. Bei zwei schwerer verlaufenden Fällen konnte der Autor einen ausgeprägten kachektischen Zustand und ein Zurückbleiben in der Entwicklung der psychischen Funktionen noch 7 resp. 12 Jahre nach überstandener Krankheit feststellen.

Die Mortalität scheint im Vergleich zu den Erwachsenen doppelt so groß zu sein: zirka 6%. Prophylaktisch kommt die Isolierung der Kranken (eventuell der Kokkenträger!), Desinfektion der Exkrete, Verbot des Genusses roher Ziegenmilch und Tötung der kranken Ziegen in Betracht.

Therapeutisch soll sich die Vakzinetherapie nach Wright oder mit dem Serum von Trambusti-Donzello, im Berner Institut hergestellt, bewährt haben. Cramer (Zürich).

S. Maggiore. *Rilievi statistico-clinici sulla malaria infantile nella città e circondario di Palermo.* (Statistisch-klinische Erhebungen über die kindliche Malaria in der Stadt und im Bezirke Palermo.) (La Pediatria, Napoli, 1915, Bd. VI.)

Das Material stammt aus der Klinik und Poliklinik der Universität Palermo. Es wurden nur die bakteriologisch sicher festgestellten Fälle berücksichtigt (91 Fälle).

Das männliche Geschlecht überwiegt (56 gegen 35). Die zwei ersten Lebensjahre sind am meisten betroffen (55 Fälle).

Die Milz ist im allgemeinen nur sehr mäßig vergrößert. Meistens handelt es sich um Parasiten des Sommer-Herbsttypus; trotzdem nimmt die Erkrankung beinahe nie den bösartigen Charakter an, den man bei Erwachsenen begegnet.

Häufig wurde Herpes gefunden.

Leider tritt der Übergang in das chronische Stadium mit häufigen Latenzperioden ein. Cramer (Zürich).

G. di Cristina und **G. Caronia.** *Sulla terapia della Leishmaniosi interna.* (Über die Therapie der Leishmanschen Anämie.) (La Pediatria, Napoli 1915, Heft II.)

Die Verff. haben 10 Kinder, die an Leishmanscher Anämie litten, mit intravenösen Brechweinsteininjektionen behandelt und konnten 5 Heilungen erzielen; 2 andere Kinder waren noch in Behandlung, gingen aber der Heilung entgegen; 3 Kinder starben, davon eines an einer interkurrenten Nierenentzündung; zwei andere

befanden sich schon im letzten Stadium der Krankheit und die Therapie setzte deshalb zu spät ein. Da bei größeren Dosen leicht Intoxikationserscheinungen schwereren Grades auftreten, gingen die Verff. von minimalen Dosen aus und steigerten diese allmählich bis zu 10 cg im Maximum.

Die Verff. glauben, daß Brechweinstein, welches von Vianna schon mit Erfolg bei Ulcus venereum der Tropen und Ulcus cutaneum von Leishmania angewandt wurde, ein Spezifikum gegen die Leishmansche Anämie sei, da die Parasiten unter der Behandlung verschwinden und schon nach den ersten Injektionen starke Veränderungen derselben auftreten, die einen Auflösungsprozeß vermuten lassen.

Zur Diagnose wurde jeweilen die Milz punktiert und im Punktat die Leishmanschen Körper nachgewiesen. Cramer (Zürich).

Tuberkulose.

W. H. Park. *The transmission of tuberculosis in childhood.* (Die Übertragung der Tuberkulose im Kindesalter.) (Arch. of Pediatrics, Juli 1915.)

Während bei Erwachsenen über 98% aller Tuberkulosefälle humanen Ursprungs sind, liegt die Sache bei Kindern wesentlich anders. Bei Lungentuberkulose der Kinder finden wir allerdings ziemlich konstant den Bazillus humanus, bei Knochentuberkulose sind dagegen 5% bovin, bei allgemeiner Tuberkulose 15% und bei Drüsen- und Abdominaltuberkulose sogar gegen 50%, im Durchschnitt für Kinder überhaupt etwa 22%, in Betracht der ziemlich strengen Milchkontrolle eine recht hohe Zahl. Die Befürworter einer durchgreifenden Kontrolle der Kuhherden sind sicherlich vom Vorwurf der Übertreibung freizusprechen.

Wachenheim (New York).

G. Salvetti. *Sull' importanza della cutireazione di von Pirquet nella diagnosi della tuberculosi infantile.* (Über die Bedeutung der Pirquetschen Reaktion in der Diagnose der Kindertuberkulose.) (La Pediatria, Napoli 1915, Heft I.)

Verf. bespricht die Befunde der Tuberkulinreaktion nach Pirquet bei 601 Kindern, ohne wesentlich neue Tatsachen zu bringen. In allen Fällen wurde sowohl mit humanem wie bovinem Tuberkulin geprüft und nur in 27 Fällen ein verschiedenes Verhalten der Reaktionen konstatiert. Zwei Fälle von Erythema nodosum reagierten auf beide Tuberkuline positiv. Cramer (Zürich).

C. Krämer (Böblingen-Stuttgart). *Über Wert und Technik der subkutanen Tuberkulindiagnose.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 1 und 2.)

Verf. hebt die Bedeutung der subkutanen Tuberkulindiagnose hervor, sowohl zur Unterscheidung der nichttuberkulösen, aber mit

tuberkuloseverdächtigen Symptomen behafteten Kranken von den wirklich tuberkulös Infizierten als auch für die Erkenntnis der definitiven Ausheilung eines früher Tuberkulösen. Es gibt noch genug Patienten, die auf Grund ihrer subjektiven Klagen und leichter tuberkuloseverdächtiger Symptome für tuberkulös gehalten werden, ohne es in Wirklichkeit zu sein. Besonders oft trifft dies bei den Schulkindern zu. Die lange Zeit bestehenden subfebrilen Temperaturen können andere Ursachen haben, z. B. das „Bewegungsfieber". Bei vorhandenen Lungensymptomen handelt es sich oft nicht um spezifische tuberkulöse Residuen, sondern um sekundäre Verwachsungen u. ä. Zur Feststellung der Heilung der Tuberkulose und dadurch Verhütung unnötig langer Kuren und Heilstättenbehandlung trägt die Tuberkulindiagnose nicht unerheblich bei. Ebenso wie beim gar nicht Infizierten fällt beim völlig Geheilten die Subkutanreaktion negativ aus. Die Furcht vor den Schädlichkeiten der subkutanen Tuberkulindiagnose ist unbegründet, wenn man dabei vorsichtig genug zu Wege geht und mit niedrigen Dosen beginnt. Verbindet man mit der Diagnose gleichzeitig die Therapie, so kann man auch ohne die so gefürchtete eigentliche Herdreaktion aus dem Verschwinden von subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden im Verlaufe der Kur Schlüsse auf die spezifische Ätiologie ziehen. Da im Verlaufe einer Tuberkulinkur die Tuberkulinempfindlichkeit manchmal erlischt (Antianaphylaxie), so muß zur Feststellung, ob bei tuberkulinbehandelten Patienten völlige Heilung eingetreten ist, zwischen der Nachprüfung und der letzten therapeutischen Injektion längere Zeit, ½ bis 1 Jahr, verstreichen. Anhaltende Tuberkulinunempfindlichkeit ist dann ein Zeichen für völliges Erlöschen der Tuberkulose.

Ferdinand Sachs.

M. Damask und **F. Schweinburg** (Wien). *Beschleunigter Nachweis der Tuberkulose im Tierversuch durch Milzimpfung.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 20.)

Meerschweinchen wurde das zu untersuchende Material (Harn, Exsudate, Sputum, letzteres nach Anreicherung durch Antiformin) in die Milz injiziert. Nach 8 bis 14 Tagen war bei positiven Fällen gewöhnlich Tuberkulose mikroskopisch in der Milz festzustellen. Die Erhebung des Resultates erfolgte durch Laparatomie, was den Vorteil hat, frühzeitig nachsehen und bei negativem Resultat nach einiger Zeit kontrollieren zu können.

Ferdinand Sachs.

Petruschky (Danzig). *Zur weiteren Nutzbarmachung der perkutanen Immunisierung.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 5.)

Verf. verweist zunächst auf seine früheren Veröffentlichungen, in denen er über die Befreiung der Bewohner der kleinen Halbinsel Hela von der Tuberkulose berichtet. Er hat dort durch eine systematische Inunktionskur mit einer präparierten Tuberkelbazillenemulsion bei allen Formen geschlossener und latenter Tuberkulose in mehr als 99% der Fälle eine Heilung erzielt. Er schlägt vor, das Verfahren auch prophylaktisch, z. B. bei noch nicht infizierten Kindern

tuberkulöser Eltern, zu versuchen. Auch für andere bakterielle Erkrankungen, z. B. die akuten Sekundärinfektionen der Tuberkulose, für Influenza, Staphylomykosen und Ruhr, Typhus und Cholera wurden ähnliche Verfahren ausgearbeitet, die zu erproben Verf. auffordert. Die fertigen Präparate können durch die „Hageda" bezogen werden. Ferdinand Sachs.

Franz Hamburger (Wien). *Über tuberkulöse Infektion und Reinfektion.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 2.)

Man hat bei der Tuberkulose streng die Erstinfektion von der Reinfektion zu unterscheiden. Für die Erstinfektion sind folgende Kardinalpunkte aufzustellen:

1. Die Infektion findet gewöhnlich von Mensch zu Mensch statt, der Infizierende ist meist ein Schwindsüchtiger, der Infizierte ein Kind. Als Beweis hierfür kann die Tatsache gelten, daß alle mit Phthysikern zusammenlebenden Kinder auf Tuberkulin reagieren und daß man bei einem tuberkulös erkrankten Kinde unter 2 Jahren stets den Bazillenhuster ausfindig machen kann. Andere Formen als die offene Lungentuberkulose sind nicht ansteckend.

2. Die Tuberkuloseinfektion findet gewöhnlich durch Inhalation statt. Bei der Sektion findet man fast stets den ältesten Herd in der Lunge oder den Bronchialdrüsen. Beim Tiere kann man einen dem menschlichen ähnlichen Lungenbefund nur durch Inhalation von Tuberkelbazillen in kleinen Mengen erzeugen. Beim Menschen spielt die Flügge sche Tröpfcheninfektion die Hauptrolle.

3. Die Infektion findet außerordentlich leicht statt. Ein kurzes Zusammensein genügt, ein inniger Kontakt ist zur Infektion nicht nötig.

4. Die Infektion findet gewöhnlich in der Kindheit statt.

Ferdinand Sachs.

Georg Bessau (Breslau). *Über die biologischen Vorgänge bei der Tuberkulinbehandlung.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 10.)

Probevorlesung, gehalten am 17. November 1914.

Ausführliche Darstellung im Jahrb. f. Kinderheilk.

Verf. führt ungefähr folgendes aus: Am normalen, nicht tuberkulösen Organismus bleibt Tuberkulin wirkungslos. Um was handelt es sich bei der Tuberkulinüberempfindlichkeit? Ein einfacher anaphylaktischer Vorgang ist es nicht, denn es ist noch nie gelungen, mit Tuberkulin echte anaphylaktische Erscheinungen im Tierversuch zu erzielen, Tuberkulin ist nicht, wie andere anaphylaktische Antigene, ein nativer Eiweißkörper, sondern ein Polypeptid; das anaphylaktische Grundexperiment, mit Tuberkulin eine spezifische Überempfindlichkeit gegen Tuberkulin hervorzurufen, gelingt nicht. Der Träger der Tuberkulinüberempfindlichkeit ist tuberkulöses Gewebe, dies lehrt die Herdreaktion. Die Herdreaktion ist der Ausdruck der Reaktion zwischen Tuberkulin und vorhandenem, tuberkulösem Gewebe (Tuberkulozyten), die Allgemeinreaktion ist die Folge des bei der Herdreaktion entstehenden, in den Kreislauf gelangenden Giftes, die Lokal-

reaktion ist der Ausdruck des Vermögens, auf Tuberkulinreiz tuberkulöses Gewebe zu bilden. Bei der Tuberkulinunempfindlichkeit infolge großer Tuberkulindosen handelt es sich um Giftantianaphylaxie und nicht, wie man früher annahm, um Anaphylaxie durch Absorption der spezifischen Antikörper. Es ist dies ein unspezifischer Zustand. Der durch kleine Tuberkulindosen erzeugbare Unempfindlichkeitszustand setzt sich aus zwei Komponenten zusammen: einer unspezifischen, die ebenfalls Giftantianaphylaxie ist und einer spezifischen, die auf dem Absinken des Gehaltes des Organismus an Tuberkulozyten beruht. Die lokale Tuberkulinüberempfindlichkeit stellt also nichts Ungünstiges dar, sie ist als Entzündung eine Abwehrvorrichtung des Organismus. Ebenso die Herdreaktion, diese aber nur dann, wenn sie ganz klein und klinisch nicht wahrnehmbar bleibt, weil, sobald sie größeren Umfang annimmt, ihre Folgezustände, die Allgemeinreaktion und Giftantianaphylaxie, die lokale Tuberkulinüberempfindlichkeit herabsetzen und so den Körper des spezifischen Tuberkuloseschutzes berauben. Das Ziel einer Tuberkulinbehandlung müßte also sein: Herabgehen der Allgemeinempfindlichkeit, Steigerung oder Erhaltenbleiben der lokalen Empfindlichkeit. Dies würde bedeuten, daß bei erhaltenem Vermögen, tuberkulöses Gewebe zu bilden, der Gehalt des Organismus an tuberkulösem Gewebe geringer geworden ist. Ferdinand Sachs.

H. Koch (Wien). *Die Tuberkulinbehandlung im Kindesalter.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 27.)

Koch faßt seine Ausführungen folgendermaßen zusammen: Die in der Universitätskinderklinik in Wien geübte Tuberkulinkur besteht in der Injektion von Alttuberkulin, zweimal wöchentlich subkutan an immer neuen Hautstellen injiziert, in Dosen von 0·001 mg bis 1·0 mg, in 10 cm^3 physiologischer Kochsalzlösung verteilt. Die Steigerung der Dosen geschah in geometrischer Progression, und zwar so, daß eine rasche, mittelrasche und langsame Durchführung der Kur möglich war. Die Ergebnisse waren größtenteils gute, Allgemeinzustand und lokale Prozesse wurden günstig beeinflußt. Als Kontraindikation für die spezifische Behandlung gelten schwere phthysische Prozesse der Lunge, Amyloidose der parenchymatösen Organe, Fälle mit sehr starker Reaktion auf Tuberkulin, miliare Tuberkulose und tuberkulöse Meningitis. Die durchschnittliche Dauer der Kur belief sich auf 11 Wochen. Ferdinand Sachs.

Litzner (Bad Rehburg). *Über ein Symptom zur Feststellung der Herdreaktion in der Lunge nach Tuberkulinimpfung.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 32.)

Kommt es nach Tuberkulininjektionen zur Herdreaktion, so ist über dem fraglichen Herde infolge der serösen Durchtränkung und Hyperämie fast stets Bronchophonie festzustellen, auch in den Fällen, in denen Rasselgeräusche nicht auftreten.

Ferdinand Sachs.

Wilhelm Müller (Davos). *Eine Analyse der Wirkung nichtspezifischer Mittel bei chirurgischer Tuberkulose.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 32.)

Verf. sucht mit Hilfe der Much schen Partialantigene die Frage zu beantworten, ob bei chirurgischer Tuberkulose das natürliche und künstliche Licht als solches direkt oder nur mittelbar durch Verbesserung des Immunitätszustandes wirkt. Mittels der Intrakutanprobe mit den rein spezifisch wirkenden Partialantigenen stellte er die Immunität vor, während und nach der Behandlung zahlenmäßig fest und fand, daß mit der klinischen Besserung stets eine Verstärkung der Immunität einherging und anderseits nur beim Vorhandensein einer genügenden Menge aller Teilabwehrkörper Heilung eintrat.

Ferdinand Sachs.

v. Chlumsky. *Über Mesbébehandlung bei chirurgischer Tuberkulose und bei infizierten Wunden.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 9, S. 369.)

Über 1000 Fälle von chirurgischer Tuberkulose hat Chlumsky mit Mesbé behandelt. Er hat es als 20%ige Salbe (mit Vaselin) oder als Injektionsflüssigkeit (20 Mesbé ad 100 Glyzerin) angewandt, innerlich aber nur selten gegeben. Als Salbe hat es besonders bei infizierten Wunden und Fisteln gut gewirkt. Das beste Resultat gaben die Injektionen von 20%igem Mesbéglyzerin in die geschlossenen kalten Abszesse. Diese Injektionen sind der üblichen Jodoformglyzerinbehandlung entschieden überlegen. Nagel (Treptow).

Vulpius. *Erfahrungen mit Mesbé bei chirurgischer Tuberkulose.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 5, S. 185.)

Vulpius hat ½ Jahr lang 1 Dutzend Patienten mit chirurgischer Tuberkulose Mesbé genau nach Vorschrift trinken und inhalieren lassen, hat es auch zu Injektionen bei Fisteln angewandt. Seine Erfahrungen faßt er dahin zusammen: Hinsichtlich des Mesbé habe ich keinerlei Wahrnehmung gemacht, welche zu seinen Gunsten spräche. Es kann keine Rede davon sein, daß es ein Spezifikum darstellt. Und nicht einmal als Stomachikum ist es von einem meiner Patienten empfunden worden. Dieselben waren vielmehr alle froh, als wir die übrigens recht zeitraubenden Versuche mit dem Mesbé als ergebnislos einstellten. Nagel (Treptow).

Löffler. *Die Vorteile des Brückengipsverbandes bei der Behandlung der tuberkulösen Hüft- und Kniegelenkserkrankungen.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 7, S. 275.)

Der Brückengipsverband wird so hergestellt, daß man z. B. bei Knietuberkulose je einen Gipsverband am Oberschenkel und am Unterschenkel anlegt und diese beiden über das freigelassene Knie hinweg durch zwei mit eingegipste, gewölbte Bandeisen miteinander verbindet. Das Gelenk ist dabei gänzlich ruhig gestellt und ist für die Behandlung bequem zugänglich, ebenso für Licht und Luft. Ekzeme werden dabei vermieden. Nagel (Treptow).

Karl Hennemann (Londorf). *Zur Behandlung der Spina bifida.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 7.)

Heilung durch Punktion und nachträgliche Injektion von Tinct. jodi und Alkohol. absol. āā. Ferdinand Sachs.

Juan Bacigalupo (Buenos Aires). *Eine neue Behandlungsmethode der tuberkulösen Meningitis.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 7.)

Verf. hat 2 Fälle von Meningitis tbc., bei denen der Bazillennachweis im Liquor cerebrospinalis geglückt war, durch 3 respektive 2 Injektionen von Alttuberkulin angeblich zur völligen Heilung gebracht und fordert zur Nachprüfung auf. Die Injektion geschah in den Lumbalsack, als Dosis wird 1 mg Alttuberkulin und mehr empfohlen. Ferdinand Sachs.

Edmund Nobel (Wien). *Untersuchung tuberkulös-meningitischer Punktionsflüssigkeiten mit Hilfe der Ninhydrinreaktion.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 29.)

Verf. weist zunächst auf die Permanganatprobe von Mayerhofer und die Glyzyltryptophanprobe von Lenk und Pollak hin und gibt dann eine neue Farbenreaktionsprobe mit Ninhydrin an. Zu ½ bis 1 cm^3 Liquor cerebrospinalis werden 0·1 cm^3 Ninhydrin in 1%iger Lösung zugesetzt und zirka ½ Minute gekocht. Bei tuberkulöser Meningitis entsteht eine schöne blaue bis blauviolette Färbung. Der positive Ausfall der Reaktion hängt nur zum Teil mit dem Eiweißgehalte der Flüssigkeit zusammen. Denn bei einem Falle von Lungentuberkulose mit Kavernen war trotz erhöhtem Eiweißgehalt des Liquors die Reaktion negativ. Bei der Obduktion fand sich auch keine Meningitis. Bei einem anderen Falle von Miliartuberkulose ohne Beteiligung der Meningen war die Ninhydrinreaktion ebenfalls negativ. Ferdinand Sachs.

S. de Stefano. *Un caso di cirrosi cardio-tubercolare con tubercolomi cerebrali.* (Ein Fall von kardio-tuberkulöser Zirrhose mit Hirntuberkeln.) (La Pediatria, Napoli 1915, Heft II.)

Der vom Verf. beschriebene Krankheitsfall begann allem Anscheine nach mit einer tuberkulösen Polyserositis, die zu totaler Verwachsung des Perikards und infolge davon zu Stauungsleber führte. Aszites fehlte, da keine tuberkulöse Peritonitis und keine Tuberkulose der Leber aufgetreten war. Die ersten Symptome waren 2½ Jahre vorher nach einem Falle des 10jährigen Knaben aufgetreten und ließen durch Kopfweh, Fieber, Strabismus und Konvulsionen epileptiformen Charakters auf eine traumatische Meningoenzephalitis schließen. Eine Untersuchung des Augenhintergrundes war nicht gemacht worden. Die Autopsie ergab dann die Anwesenheit von 4 Tuberkeln mit Sitz im hinteren Teile der rechten Gehirnhemisphäre. Cramer (Zürich).

Syphilis.

J. Trinchese. *Infektions- und Immunitätsgesetze bei materner und fötaler Lues.* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 19, S. 555.)

Nachweis der Unrichtigkeit des Profetaschen Gesetzes an der Hand des klinischen und poliklinischen Materials. Besprechung der verschiedenen Infektionsstadien der fötalen luetischen Erkrankung und des jeweiligen Verhaltens der Wassermannschen Reaktion.

Nagel-Hoffmann.

J. A. Roddy. *The Wassermann test in congenital syphilis.* (Die Wassermannprobe bei angeborener Syphilis.) (Arch. of Pediatrics, Juli 1915.)

Verf. betont den Wert der Probe bei anscheinend gesunden Kindern syphilitischer Eltern. Wachenheim (New York).

M. Soldin und **F. Lesser.** *Zur Kenntnis der kongenitalen Syphilis der Säuglinge.* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 15, S. 429.)

Beim geringsten klinischen Verdacht auf kongenitale Lues darf man sich nicht mit dem negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion beim Kinde beruhigen, sondern muß auch das Blut der Mutter serologisch prüfen. Nagel-Hoffmann.

Igersheimer. *Sehnervenentzündung bei erworbener und angeborener Lues.* (Vortrag im Verein der Ärzte in Halle.) (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 4.)

Igersheimer steht auf Grund seiner Untersuchungen auf dem Standpunkte, daß, im Gegensatz zu anderen Autoren, die Papillitis und Optikusatrophie bei luetischen Säuglingen äußerst selten ist. Die Blässe der Papillen solcher Säuglinge rühre meist von Anämie her. Ferdinand Sachs.

S. de Stefano. *Contributo allo studio del rapporto etiologico fra idrocefalo cronico e sifilide ereditaria.* (Beitrag zum Studium der ätiologischen Beziehungen zwischen chronischem Hydrozephalus und hereditärer Lues.) (La Pediatria, Napoli 1915, Bd. VIII.)

Verf. hat aus der pädiatrischen Klinik Prof. Jemmas in Neapel 35 Fälle von chronischem Hydrozephalus untersucht und nur bei 2 für Lues negative Hereditätsverhältnisse, negativen Wassermann beim Kinde und bei den Eltern und Mangel an irgend welchen körperlichen Luessymptomen gefunden.

Die wenig befriedigenden Resultate der spezifischen Therapie bei Hydrozephalus bringt der Autor in Parallele mit denen bei Tabes und progressiver Paralyse. Cramer (Zürich).

S. Cannata. *Sul contenuto in colesterina del siero di sangue nell' eredosifilide.* (Der Gehalt an Cholesterin im Blutserum bei Lues hereditaria.) (La Pediatria, Napoli 1915, Heft III.)

Nach vergleichenden Untersuchungen an 13 gesunden und 26 luetischen Kindern kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen:

Der Gehalt an Cholesterin im Blutserum luetischer Kinder verhält sich verschieden; in einigen Fällen ist er gleich dem bei gesunden; in anderen, zahlreicheren ist er ziemlich geringer als bei normalen; in vereinzelten Fällen besteht eine wirkliche Hypocholesterinämie.

In keinem der untersuchten Fälle konnte eine Hypercholesterinämie nachgewiesen werden. Es besteht zwischen Gehalt an Cholesterin des Serums und hereditärsyphilitischen Erscheinungen keinerlei Beziehung.

Ferner kann zwischen Gehalt an Cholesterin des Serums und Verhalten der Wassermannschen Reaktion kein Parallelismus aufgestellt werden. Cramer (Zürich).

O. Pentagna. *Sifilide ereditatria tardiva delle ossa lunghe in una bambina di 28 mesi.* (Lues hereditaria tarda der langen Röhrenknochen bei einem Mädchen von 28 Monaten.) (La Pediatria, Napoli 1915, Heft II.)

An Hand von Röntgenbildern beschreibt Verf. einen Fall von multiplen syphilitischen Erkrankungen der Extremitätenknochen bei einem 28 Monate alten Mädchen, das vorher, in der Meinung, es handle sich um einen akuten infektiösen Prozeß, chirurgisch behandelt worden war. Das Kind reagierte, trotz tuberkulöser Belastung, nicht auf Pirquet, hatte dagegen, wie auch die Mutter, positive Wassermannsche Reaktion und positiven Noguchi. Eine Schmierkur und zwei intravenöse Injektionen von Neosalvarsan (15 und 20 cg) brachten Heilung, die durch die Röntgenbilder bestätigt wurde. Der Fall ist des Alters des Kindes wegen interessant.

Cramer (Zürich).

Zirkulationsapparat.

S. Saltykow (St. Gallen). *Jugendliche und beginnende Atherosklerose.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1915, Nr. 34, 35.)

Verf. gibt durch genaue makroskopische und mikroskopische Untersuchungen (40 Fälle) und vergleichende, kritische Beurteilung der Morphologie der Verfettungsherde der Intima jugendlicher Arterien und derjenigen der anerkannten Atherosklerose die objektiven Belege für seine Ansicht, daß die Verfettung der Intima nichts anderes ist als das Anfangsstadium der Atherosklerose. Die Atherosklerose entsteht frühzeitig und sehr schleichend und in enger Anlehnung an die physiologischen Differenzierungsvorgänge der Intima im Laufe der Jahre.

Die Scheu, gegen das althergebrachte Dogma der „Atherosklerose als Alterskrankheit" verstoßen zu müssen, ist ein Haupthindernis, daß die Resultate solcher pathologisch-anatomischer Untersuchungen nicht immer folgerichtig verwendet werden. Der Einwand, daß dadurch Atherosklerose sogar bei kleinen Kindern und

überhaupt zu oft diagnostiziert werden müßte, gilt geradezu als Beweis gegen die atherosklerotische Natur der Verfettungsherde.

E. Burckhardt (Basel).

Respirationsorgane.

S. Maggiore. *Significato di alcune ipofonesi toraciche nei bambini della seconda e terza infanzia.* (Bedeutung einiger Schallabschwächungen am Thorax bei Kindern des zweiten und dritten Kindesalters.) (La Pediatria, Napoli 1915, Heft III.)

In 37 untersuchten Fällen, bei denen sich perkutorisch Schallabschwächungen der Lungenspitzen feststellen ließen, konnte der Verf. durch Kontrolle mit Röntgendurchleuchtung und zum Teil (4 Fälle) durch die Autopsie folgende Schlüsse ziehen: die Spitzendämpfungen bei diesen Kindern, welche auf Tuberkulin positiv reagieren, sind in der Mehrzahl der Fälle einer Bronchialdrüsentuberkulose zuzuschreiben; manchmal auch, wenn Rasselgeräusche zu hören sind. (?)

Um Fehldiagnosen zu vermeiden, sei es sehr wichtig, auf die Spitzenverschiebungen zu achten. Nach dem Verf. gehen die veränderten Perkussionserscheinungen mit der durch die Drüsen, die auf den Hauptbronchus einwirken, veränderten Ventilation der Lunge Hand in Hand.

Cramer (Zürich).

Ad. Schmidt (Halle). *Offene Pleurapunktion.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 26.)

Verf. versteht unter „offener" Pleurapunktion die Entleerung pleuritischer Exsudate ohne Saugvorrichtung, mit einem gewöhnlichen Troikart, welcher der Außenluft nach Belieben Zutritt in den Brustraum gestattet. Der Kranke wird so gelagert, daß die Punktionsstelle den tiefsten Punkt der Brusthöhle bildet, am besten zwischen 2 Betten, Kopf und Schulter einerseits und Beine anderseits auf die Betten gestützt. Durch richtige Lagerung wird eine vollständige Entleerung des Exsudates erreicht. Durch das Einlassen der Luft nach dem Ablassen der Flüssigkeit werden Adhäsionen und Schwartenbildung vermieden. Der Hauptzweck bleibt, die unangenehmen Zufälle der Aspirationspunktion, nämlich Reizwirkung des Troikarts an der Pleura pulmonalis, zu umgehen. Eine Druckerhöhung nach Einströmen der Luft ist nicht zu befürchten, die unfiltrierte Luft ist unbedenklich. Abgekapselte Exsudate sind nach der Luftfüllung leicht am Röntgenschirm festzustellen.

Ferdinand Sachs.

W. Stepp (Gießen). *Zur Frage der „offenen Pleurapunktion nach Adolf Schmidt".* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 31.)

Verf. beschreibt einen Fall von doppelseitiger Pleuritis und Perikarditis, bei dem während des Ablassens des Exsudates der einen

Seite durch „offene Pleurapunktion" ein äußerst bedrohlicher Pneumothorax entstand, und empfiehlt, Patienten mit obiger Erkrankung nach der alten Methode weiter zu behandeln.

Ferdinand Sachs.

A. Baginsky. *Zur Therapie der akuten (genuinen) Pneumonie der Kinder.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIV, H. 3/4, S. 190.)

Der Zweck dieser, zur Festschrift für Ganghofner bestimmten Ausführungen ist, an dem Beispiel der Pneumonie zu zeigen, daß durch therapeutische Vielgeschäftigkeit nicht nur viel Unnötiges geschieht, sondern daß der natürliche Heilungsvorgang oft dadurch gestört wird. Dies trifft um so mehr für das Kind zu, als dessen Organismus die natürlichen Hilfskräfte noch intakt besitzt und deshalb bei ihm stärker eingreifende Mittel und Methoden nur selten Anwendung zu finden brauchen. Thorspecken (Badenweiler).

M. Kaufmann (Wiesbaden). *Zur Therapie der kruppösen Pneumonie.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 9.)

Bericht über Optochin- (Äthylhydrokuprein-) Behandlung der Lungenentzündung. Das Resultat war im allgemeinen zufriedenstellend. Verf. stellt wegen der Gefahr der Intoxikation einerseits und wegen der raschen Ausscheidung anderseits folgende Richtlinien für die Behandlung auf: 1. Gleichmäßige Verteilung der Gaben über Tag und Nacht, und zwar nur per os. 2. Maximale Tagesdosis (für Erwachsene) 1·2 bis 1·5 Optochin. hydrochlor. 3. Möglichst kleine Einzeldosis. 4. Fortsetzung der Darreichung 1 bis 2 Tage über die vorzeitige Entfieberung. Ferdinand Sachs.

Felix Mendel (Essen-Ruhr). *Zur Optochinbehandlung der Pneumonie.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 22.)

Morgenroth hat schon durch das Tierexperiment die therapeutische Überlegenheit der öligen Lösungen des Optochins, die eine langsame Resorption garantieren, gegenüber den leicht resorbierbaren wässerigen Lösungen bewiesen. Verf. schlägt daher vor, da ölige Lösungen beim Menschen aus verschiedenen Gründen unbrauchbar sind, an Stelle der gewöhnlich üblichen Verwendung des leicht löslichen Optochin. hydrochloricum das Optochin. basicum in Kapseln per os zu geben, und zwar in häufigen kleinen Dosen. Als Nahrung wird dabei nur Milch gegeben, die eine gleichmäßige Resorption verbürgt, da sich das Optochin. basicum nur sehr langsam in der alkalischen Milch und dem durch sie verdünnten und neutralisierten Magensaft löst. Ferdinand Sachs.

Hochhaus (Köln). *Die Pneumonie.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 36.)

Nach kurzer Schilderung der Genese und des Krankheitsbildes werden Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie eingehender besprochen. Die Diagnose hat die atypischen Fälle ohne Sputum und die zentrale Pneumonie zu berücksichtigen. Differentialdiagnostisch kommen in erster Linie Typhus und Meningitis, dann Sepsis und

Endokarditis in Betracht. Bazillennachweis und Vidal, Leukozytenzählung, Verhalten des Pulses, Beginn der Erkrankung mit oder ohne Schüttelfrost, Lumbalpunktion, Blutkultur, genaue Organuntersuchung ermöglichen die Entscheidung. Die wichtigsten Komplikationen sind Pleuritis (bei Kindern besonders häufig paravertebrale Ergüsse), Gangrän und Induration. Therapeutisch hat Verf. vom Pneumokokkenserum gute Erfolge gesehen, wenn es frühzeitig angewandt wird. Er gibt am ersten und, wenn nötig, auch am zweiten Tage 20 cm³ des Serums von Neufeld und Händel intravenös und hat damit meist einen früheren Eintritt der Krise erreicht. Über die Wirksamkeit des Optochins sind die Meinungen noch nicht ganz einig, mehrere Autoren haben aber bei rechtzeitiger Verwendung auch eine frühere Herbeiführung der Krise erreicht. Gegen die Herzschwäche sind von altersher Digitalis, Kampfer und Koffein bewährt, auch Kaffee, Wein und Aderlaß leisten gute Dienste. Verf. verabfolgt Digitalis meist intravenös als Digalen oder Digipurat.

Ferdinand Sachs.

Roedel. *Die Chininbehandlung der Bronchopneumonie im Kindesalter.* (Festschr. d. Akad. f. prakt. Med. in Köln. (Verlag von A. Marcus & E. Weber, Bonn 1915, S. 636.)

In den letzten 2 Jahren wurden an der Kölner Kinderklinik viele Fälle von Bronchopneumonie mit Chinin behandelt, und zwar mit einem solchen Erfolg, daß die Behandlung für jede Bronchopneumonie, besonders für die mit langanhaltendem Fieber und drohender Herzschwäche, empfohlen wird. Das Chinin soll entweder per os in Lösungen in Dosen zu 0·2 bis 0·3 im ersten und zweiten Lebensjahre dreimal täglich, später dreimal 0·5 oder per Klysma in einmaliger großer Dosis von 0·5 bis 1·0 bis 2·0 gegeben werden. Meist tritt der Erfolg sofort durch steilen Temperaturabfall und baldige Ausheilung der Bronchopneumonie ein; in anderen Fällen allerdings versagt die Behandlung.

Keller.

Blut und blutbildende Organe.

Leo Hess (Wien). *Funktionelle Diagnostik der Blutkrankheiten.* (Med. Klinik, 1915.)

Unter pathologischen Verhältnissen können sämtliche Organe des Körpers zu Bildungsherden für rote und weiße Blutzellen werden, ähnlich wie im frühen Embryonalleben. Außer dieser adventitiellen gibt es noch eine andere pathologische, die heterotope Hämatopoese, durch Metaplasie von Kapillarendothelzellen, die die hochgradigste, medulläre Insuffizienz anzeigt. Gewöhnlich, d. h. in den leichteren Fällen, erfolgt die Regeneration der Blutzellen durch das Knochenmark und den lymphatischen Apparat. Das morphologische Blutbild darf in der Regel zum Maßstabe für die Funktion der blutbildenden Organe gemacht werden. Die Anämie ist als Mißverhältnis

zwischen Knochenmarksleistung und Blut, d. h. Sauerstoffbedarf des Körpers aufzufassen. Noxen, die das Mark des Erwachsenen noch völlig ausgleicht, können beim Kinde zu schweren Reaktionserscheinungen führen. Insuffizienzerscheinungen im Blute machen sich durch das Auftreten von hämoglobinarmen und polychromatischen Erythrozyten mit großer Dolle, Erythroblasten, basophile Körnelung, Megalozyten und Megaloblasten bemerkbar. Basophilie des Erythrozytenplasmas wird nur durch innere Blutungen und toxische Blutschädigungen, dagegen nicht durch Blutungen nach außen herbeigeführt. Die prognostisch schwerste Form der Knochenmarkreaktion beim Erwachsenen ist die megaloblastische. Das suffiziente Mark beantwortet Mehrleistungen, die von ihm verlangt werden, durch Hyperglobulie. Dabei kann es sich um physiologische wie auch um pathologisch bedingte Mehrleistungen handeln. Zu den ersteren gehören die prämenstruelle Polyzythämie und Höhenhyperglobulie. Diese ist in doppeltem Sinne als regulatorischer Vorgang aufzufassen: als eine Anpassung an den verminderten Partialdruck des Sauerstoffes und zugleich an die gesteigerten Oxydationen infolge Temperaturerniedrigung. Ebenfalls als regeneratorische Überfunktion ist die Polyglobulie nach Arsenmedikation aufzufassen, da nachgewiesen ist, daß arsenige Säure die Oxydation der Zellen herabsetzt. Auch die Hyperglobulie bei kardialen Stauungszuständen stellt einen reparatorischen Vorgang dar, indem durch die Zahlvermehrung der Sauerstoffträger die schlechtere Durchblutung der Organe ausgeglichen wird.

Die Polyglobulie nach Einverleibung von Strophantus- und Koffeinpräparaten ist wahrscheinlich außer auf eine Mehrleistung des Knochenmarkes auch auf einen verminderten Erythrozytenuntergang zurückzuführen. Bei der Kohlenoxydvergiftung ist die Vermehrung der zelligen Elemente wahrscheinlich nur durch eine erhöhte Resistenz der Zellen bedingt, da die Hämoglobinbildung dabei meist nicht Schritt hält. Außer dem Studium des morphologischen Blutbildes kann nach neueren Forschungen auch die Messung der Sauerstoffzehrung im Blute anämischer Menschen ein Kriterium für die Intensität der regenerativen Knochenmarktätigkeit abgeben, da nachgewiesen ist, daß die jugendlichen kernhaltigen und die polychromatischen kernlosen Erythrozyten größeren Sauerstoffverbrauch und vermehrte Kohlensäureproduktion aufweisen gegenüber normalen Zellen.

Das beweisen die bekannten Untersuchungen von Hamburger und Monti mit Tuberkulin, die schon zwischen dem 11. und 14. Jahre in 95% positive Reaktion ergaben. Die Reinfektion findet beim Menschen gewöhnlich unter denselben äußeren Bedingungen statt. Auf die Erstinfektion entsteht eine Allergie, die praktisch in den meisten Fällen einer Immunität gegen eine Reinfektion gleichkommt. Die Reinfektionen sind daher für viele Menschen gänzlich harmlos, können vielleicht aber auch für manche durch spätere Exazerbation verhängnisvoll sein. Da die Erstinfektion um so leichter überwunden wird, je später sie auftritt, so muß die Prophy-

laxe in erster Linie bedacht sein, Kinder unter 4 bis 5 Jahren vor Infektion zu schützen. Es ist daher nötigenfalls auch eine rechtzeitige Entfernung des bazillenauswerfenden Familienmitgliedes oder des gefährdeten Kindes aus dem Familienkreise erforderlich. Besonders wichtig ist die sofortige Trennung des Neugeborenen von der phthysischen Mutter. Ferdinand Sachs.

E. Maixner jr. und **A. v. Decastello** (Wien). *Klinische Untersuchungen über das gegenseitige Verhältnis der Leukozyten- und Blutplättchenzahlen.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 36.)

In neuerer Zeit gibt es drei Theorien über die Entstehung der Blutplättchen. Eine Anzahl von Forschern nimmt den Standpunkt ein, daß die Blutplättchen selbständige, von Erythrozyten und Leukozyten genetisch unabhängige zellige Elemente des Blutes seien. Eine andere Gruppe von Untersuchern glaubt sie als Derivate der Erythrozytenleiber oder als Reste des ausgestoßenen Erythrozytenkernes ansehen zu sollen. Wieder andere Autoren, darunter auch die Verff., leiten die Blutplättchen von den Leukozyten ab. Da die morphologischen Verhältnisse keine allgemein anerkannte Deutung zulassen, glauben Verff. im biologischen Verhalten der Blutplättchen eine Stütze ihrer Anschauung zu sehen. In einer größeren Versuchsreihe wurden Blutplättchenzählungen (direkte Zählung nach Helber) angestellt und die Werte mit der jeweils für Leukozyten gefundenen Zahl verglichen. Auf Grund der mitgeteilten Untersuchungen halten es Verff. für gerechtfertigt, es als Regel hinzustellen, daß die Zahlenschwankungen der Leukozyten von parallelen Bewegungen der Plättchenzahlen begleitet werden. Die Erhebungen beider Kurven pflegen gleichzeitig einzusetzen, ihre Gipfelpunkte koinzidieren, der Abfall erfolgt ebenfalls synchron. Dieses Verhalten wurde sowohl bei den protrahierten, selbst über Monate sich erstreckenden Leukozytenvermehrungen, z. B. Granulomatose von mehrjähriger Dauer, Leukämie, als auch bei ganz akuten Hyperleukozytosen mit nur stundenlangen Oszillationen, wie bei Malaria und den experimentell provozierten Leukozytosen, beobachtet. Anderseits wurde bei Leukopenien (posthämorrhagische Anämie), perniziöser Anämie (hämorrhagische Diathesen) stets ausgesprochene Verminderung der Blutplättchen gefunden. Verff. sehen in diesem Verhalten der Blutplättchen eine Stütze ihrer Theorie über die Genese dieser Blutzellen, wenn auch keine sichere Entscheidung dadurch herbeigeführt werden kann. Einzelne Ausnahmen finden eine besondere, im Original nachzulesende Erklärung. Ferdinand Sachs.

F. Brandenberg. *Über familiäres Auftreten von Bluterkrankungen im Kindesalter.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1915, Nr. 34.)

Verf. beobachtete in seiner Praxis 2 Fälle von Winkelscher Krankheit bei Geschwistern gesunder Eltern, die beide unter den gleichen Erscheinungen zirka 1 Woche nach der Geburt starben und von denen das eine mehr nur Zeichen von Gelbsucht, das andere (auch sezierte) die ausgeprägten Zeichen des Winkelschen Sym-

ptomenkomplexes zeigte. Ätiologisch sind beide Fälle unklar. Verf. hat familiäres Auftreten anderer Bluterkrankungen beobachtet, so chronische Leukämie, chronischen Ikterus gravis. Alle diese Krankheiten sind am ehesten als durch Infektion oder Toxine bedingte Hämolyse aufzufassen. E. Burckhardt.

Heubner (Dresden). *Über Knochenmark und Anämie im frühen Kindesalter.* (Sitzung der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden.) (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 33.)

Das Knochenmark junger Kinder und Säuglinge, die keine Blutkrankheit durchgemacht haben, ist ein sehr zahlreiches, saftiges Gewebe, dessen Stützsubstanz feinmaschig und von adenoidem Typus ist. Die darin eingebetteten Parenchymzellen sind zum größten Teil große, teilweise granulierte, teilweise ungranulierte, runde oder eckige Gebilde mit großem, rundem oder ovalem, bei Romanowskifärbung durchsichtigem Kerne mit hellblauer Kontur und einem Fadennetze, dessen Knotenpunkte Verdickungen zeigen. Daneben fanden sich: kleine Zellen mit dunklem, blauem, undurchsichtigem Kern, Erythrozyten, die die großen Zellen oft ringförmig einschlossen, Erythroblasten und Riesenzellen, teils einen großen, teils mehrere kleine Kerne enthaltend. Ein Fall von aplastischer Anämie bei einem in der Entwicklung auf der Säuglingsstufe stehen gebliebenen 2jährigen Kinde zeigte folgende Charakteristika: Mark zellarm, blau gefärbt, fast völlig blutleeres adenoides Gewebe darstellend. Von Erythropoese keine Spur. Milz und Lymphdrüsen zeigen ähnliche Verödung. Die Diagnose der aplastischen Anämie kann in vivo aus der Blutuntersuchung gestellt werden. Das an roten Zellen hochgradig verarmte Blut läßt keine Zeichen von regeneratorischer Blutbildung erkennen. Ganz anders war das Bild des Markes in einem Falle von megalosplenischer Anämie, wo das Gewebe womöglich noch zahlreicher war als ein normales Mark und große Mengen Erythroblasten enthielt. Ferdinand Sachs.

R. Kharina-Marinucci. *Su tre casi di anemia perniciosa in bambini.* (Über 3 Fälle von perniziöser Anämie bei Kindern.) (La Pediatria, Napoli 1915, Heft II.)

Bei 3 Kindern von 3 Monaten, 7 Monaten und 2½ Jahren konnte Verf. durch den klinischen und hämatologischen Befund progressive perniziöse Anämie feststellen. Leider konnte keine Autopsie gemacht werden.

In den 2 ersten Fällen handelte es sich um den plastischen Typus. Die Wassermannsche Reaktion war bei dem ersten stark positiv, bei dem zweiten negativ, doch reagierte die Mutter stark auf Tuberkulin. Beim dritten Falle handelte es sich nach dem Blutbilde und nach dem klinischen Befunde um einen aplastischen Typus, was in diesem Alter zu den großen Seltenheiten gehört. Der Vater des Kindes war stark luessuspekt.

Aus diesen Befunden will Verf. schließen, daß die perniziöse Anämie meistens in Beziehung zur Lues oder zur Tuberkulose steht.

sei es, daß letztere direkt durch die Vererbung auf die prädisponierten blutbildenden Organe einwirken, sei es, daß sie in dystrophischem Sinne diese gleichen in Entwicklung begriffenen Organe während der Fötalperiode beeinflussen.

In keinem Falle könne man aber eine schon bestehende Krankheitsbereitschaft ausschließen. Cramer (Zürich).

A. Corica. *L'anemia sperimentale da pirodina e l'ulcera semplice dello stomaco e del duodeno.* (Die experimentelle Pyrodinanämie und das Ulcus simplex des Magens und des Duodenums.) (La Pediatria. Napoli 1915, Heft II.)

Bei einem im Experiment mit Pyrodin behandelten Hunde, der plötzlich an akuter Bauchfellentzündung zugrunde ging, fand Verf. als Ursache der Peritonitis zwei Ulzera des Duodenums, von denen eines zur Perforation geführt hatte. In der Folge konnte er bei zwei anderen mit Pyrodin behandelten Hunden größere oder kleinere Geschwüre des Magens und des Duodenums feststellen, die auch die Muscularis mucosae in Mitleidenschaft gezogen hatten. Cramer (Zürich).

E. H. Krumbhaar. *A classification and analysis of clinical types of splenomegaly accompanied by anemia.* (Einteilung der Typen der Anämien mit Splenomegalie.) (Americ. Journ. Med. Sciences. August 1915.)

Verf. unterscheidet 1. Anaemiasplenica, 2. Typus Gaucher, 3. Typus Banti, 4. v. Jaksche Krankheit, 5. hämolytischer Ikterus. Wachenheim (New York).

M. Bockhorn (Langeoog). *Über bisher unbekannte Filariablutbefunde bei gefangenen Russen.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 37.)

Prof. Rumpel hatte im Barmbecker Krankenhause in den Blutausstrichen von gefangenen Russen, die wegen unklaren Ödemen und Fieber zur Beobachtung eingeliefert waren, Rekurrensspirillen als Ursache der Krankheit nachgewiesen. Anläßlich dieser Blutuntersuchungen fand Verf. in den Ausstrichen von 3 Kranken, von denen der eine gleichzeitig Rekurrensspirillen beherbergte, eine Filariaform, die vom Tropeninstitut vermutungsweise als Nematodenlarve angesprochen wurde. Klinisch war den 3 Fällen gemeinsam Druckempfindlichkeit der Beinmuskulatur, leichte Ödeme und Fieber. Drei ausgezeichnete Photogramme geben ein anschauliches Bild des mikroskopischen Befundes. Ferdinand Sachs.

Lymphatischer Apparat

Erich Conradi. *Beitrag zur Pathogenese und Ätiologie der Lymphogranulomatosis maligna (Hodgkin-Sternberg) im Kindesalter.* (Festschr. d. Akad. f. prakt. Med. in Köln.) (Verlag von A. Marcus & E. Weber, Bonn 1915, S. 594.)

Ausführliche Mitteilung der Krankengeschichten und Beobachtungen an 2 Kindern im Alter von 6 respektive 10 Jahren. Bei

dem ersten Kind stand lange Zeit im Vordergrund der klinischen Erscheinung eine eigenartige, periodisch verlaufende Nierenentzündung. Bei starker Verminderung der Urinmenge und hohem Eiweißgehalt (bis zu 16 g Eiweiß täglich werden ausgeschieden) entwickeln sich Aszites, Hydrothorax und hochgradige Ödeme unter immer stärker ansteigendem Körpergewicht. Ohne daß eine Ursache sich erkennen läßt (die Diät war kochsalzarm), tritt erst allmählich, dann katastrophenartig eine enorme Diurese ein und damit verbunden ein rapides Zurückgehen der Ödeme und Höhlenergüsse bei entsprechendem Gewichtsverlust. Dieselben Erscheinungen wiederholen sich zweimal, dann bleiben in den letzten 4½ Monaten vor dem Tode die klinischen Erscheinungen der Nierenstörung ziemlich unverändert.

Neben diesen Nierenerkrankungen trat im Laufe der Zeit das eigentliche Krankheitsbild immer mehr hervor. In der linken Achselhöhle vergrößerten sich die Drüsen, gleichzeitig wurde ein ziemlich großer derber Milztumor konstatiert (W a s s e r m a n n ist negativ). Im Verlauf der zweiten Ödemperiode trat dann unregelmäßiges Fieber ein, das bis zum Lebensende nicht mehr wich. Eine durch Blutuntersuchung nachweisbare beträchtliche Anämie nahm allmählich immer mehr zu, ebenso der Milztumor, dem sich eine Lebervergrößerung zugesellte. In den letzten Wochen vergrößern sich fast sämtliche sichtbaren Drüsengruppen zusehends. Die Drüsen sind hart und schmerzlos. Die mikroskopische Untersuchung einer exzidierten Drüse ergibt die Diagnose: schon im Ausstrich des Drüsensaftes finden sich neben Leukozyten, Mastzellen und einigen kernhaltigen roten ganz enorme Mengen von eosinophilen Leukozyten, ferner große blasse, unregelmäßig gestaltete Zellen mit blasigem Kern, mehrkernige Riesenzellen, aber nur relativ wenige Lymphozyten; die Schnittpräparate zeigen das typische Granulationsgewebe der Lymphogranulomatosis maligna.

Arsentherapie war erfolglos. Röntgenbestrahlung führte zu intensiver Verkleinerung der behandelten Drüsen; etwa ein Jahr nach der Aufnahme in die Klinik trat der Exitus ein. Die Obduktion ergab: malignes Granulom (H o d g k i n), Hypertrophie und Dilatation des Herzens, fibrinöse linksseitige Pneumonie, Lungenödem, Ödeme und Höhlenwassersucht, Nephritis parenchymatosa, Anämie des Gehirns und der meisten übrigen Organe, Hydrocephalus externus und internus incipiens, Pachymeningitis membranacea interna, rarefizierende Ostitis am Schädeldach.

Im zweiten Falle ließ sich auch erst im späteren Verlauf die Diagnose stellen. Im Anfang bestanden als hervorstechendste Symptome: Abmagerung, Milz- und Drüsentumoren, mäßige Anämie und polynukleäre Leukozytose. Auch hier wurde die entscheidende Diagnose erst durch Probeexzision gestellt (große Zellen, geringe Bindegewebswucherung, viele eosinophile Leukozyten). Auch hier trat Fieber von ganz unregelmäßigem Verlauf auf, ferner, aber ohne alle Magendarmsymptome, ein Ikterus, der sich bis zu intensivster Olivgrünfärbung steigerte. Röntgenbestrahlungen führten zu Verkleinerung der Drüsen. Einige Wochen nach der Entlassung aus der Klinik starb das Kind.

Fränkel und Much haben ein antiforminfestes, nicht säurebeständiges, grampositives, granuläres Stäbchen als den Erreger der Krankheit, den sie in 12 von 13 Fällen vorfanden, bezeichnet. Conradi konnte trotz genauer Innehaltung der von Fränkel und Much gegebenen Vorschriften in keinem seiner Fälle granuläre Stäbchen finden. Dies veranlaßte Conradi zu einer genauen Durchsicht der Literatur, dabei ergibt sich einerseits stets ein Fehlen der Granula bei negativem Ausfall der Tuberkulinproben, anderseits ein Vorhandensein der Granula bei gleichzeitig beobachteter Tuberkulose oder nur in solchen Fällen, in denen sich eine Tuberkulose nicht ausschließen läßt. Die Annahme von Fränkel und Much, daß die von ihnen beschriebenen granulären Stäbchen als Erreger des Lymphogranuloms anzusprechen seien, verliert also nach Conradi ihre Berechtigung, solange nicht ihr konstantes Vorkommen in all den Fällen erwiesen werden kann, die klinisch und pathologisch-anatomisch frei sind von Tuberkulose. Keller.

G. Caronia. *Contributo alla conoscenza etiologica del linfogranuloma maligno.* (Beitrag zur Kenntnis der Ätiologie des malignen Lymphogranuloms.) (La Pediatria, Napoli 1915, Bd. VII.)

Es wird über zwei Fälle von maligner Granulomatose berichtet, von denen der erste zur Sektion kam und typische anatomisch-pathologische Veränderungen aufwies. Bakteriologisch wurden Much sche Granula gefunden, und bei einem mit Drüsensubstanz infizierten Meerschweinchen entwickelte sich eine Miliartuberkulose. Von einem zweiten gelang die Züchtung von Tuberkelbazillen des Typus humanus. In den Geweben des ersteren konnten granuläre Formen des Bazillus nachgewiesen werden.

Der zweite Fall konnte nicht bis zum Exitus verfolgt werden. Eine zur Sicherung der Diagnose exstirpierte Halsdrüse wies typische Veränderungen auf, neben positivem Befund von Much scher Granula.

In beiden Fällen fiel Wassermann reaktion und Noguchi negativ aus. Tuberkulinprobe ebenfalls. Dagegen Pirquet sche Reaktion im ersten Fall im Anfang leicht positiv, später immer negativ.

Nach dem Verf. sind die meisten Fälle maligner Granulomatose unbekannten Ursprungs mit den Schrön-Much schen granulären Formen in Beziehung zu bringen.

Sie stellen eine besondere Form des Tuberkelbazillus dar, welche ihre pathogenen Fähigkeiten, wenn auch abgeändert, beibehält, so daß das maligne Granulom meistens als eine besondere Verlaufsart der tuberkulösen Infektion anzusprechen ist. Cramer (Zürich).

Innere Sekretion.

L. R. v. Korczynski (Serajewo). *Beiträge zur Klinik infantiler Hypothyreose.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 31 und 32.)

Verf. weist auf die Mannigfaltigkeit der Bilder der Hypothyreosen hin, die zum Teil auf die der Polyvalenz des Schilddrüsen-

saftes entsprechende differenzierte Tätigkeit der Drüsenzellen, zum Teil auf die Wechselbeziehungen zu anderen Drüsen mit innerer Sekretion zurückzuführen sind. Es folgt die ausführliche Krankengeschichte eines 15jährigen Mädchens, in der die Feststellung einer kongenitalen Lues und konsekutiven Aortitis luetica als mutmaßlich ätiologischer Faktor und wahrscheinliche Mitbeteiligung von Hypophyse und Ovarien besonderes Interesse verdienen. Es ist ein kleines Geschöpf, das in der geistigen Entwicklung stark zurück ist. Der Infantilismus des Skelettes kommt in der unharmonischen Körperform (verhältnismäßig großer Rumpf, großer Kopf, zu kurze Extremitäten) und dem Offenbleiben der Epiphysenfugen zum Ausdruck. Die Haut ist blaß, trocken, derb, die Zähne schlecht entwickelt und kariös, die Körpertemperatur ist subnormal. Der Hämoglobingehalt ist niedrig, das Blutbild weist Anisozytose und Polychromatophilie, Myeloblasten und ein Überwiegen der Monozyten gegenüber den polynukleären Neutrophilen auf, außerdem Eosinophilie. Leber und Milz sind stark vergrößert, die Kohlehydrattoleranz ist erheblich. Der Herzbefund spricht für Aortitis luetica. Der Wassermann ist positiv. Die zirkumskripte Fettanhäufung am Bauch, Gesäß und der Schamgegend und das Fehlen der Scham- und Achselhaare und der Entwicklung der Brustdrüse lassen an eine gleichzeitige Beteiligung von Hypophyse und Ovarien denken.

Nach Verabreichung von Schilddrüsentabletten, Hypophysis- und Ovarialpräparaten und nach energischer antiluetischer Kur wesentliche Besserung des gesamten Krankheitszustandes. Da ein bemerkenswerter Fortschritt trotz vorheriger Organotherapie erst nach der intensiven Lueskur eintrat, ist die luetische Genese des Zustandes als wahrscheinlich anzunehmen.

Ferdinand Sachs.

F. Siegert. *Zur Diagnose und Therapie der latenten Thymushyperplasie im frühen Kindesalter.* (Festschr. d. Akad. f. prakt. Med. in Köln.) (Verlag von A. Marcus & E. Weber, Bonn 1915, S. 576.)

Da einerseits bereits im ersten Lebensjahre sowohl latente Thymushyperplasie wie von ihr bedingt Stridor und Asthma thymicum und ebenso Anfälle von Asthma cardiale und schwerster Herzinsuffizienz vorkommen, da anderseits ein therapeutisches Eingreifen auch im frühesten Kindesalter möglich und eventuell erfolgreich ist, besteht das Verlangen nach möglichst frühzeitiger Diagnose der Thymushyperplasie. Von Fällen familiären Vorkommens, das die Frühdiagnose erleichtert, abgesehen, kommen für die Diagnose in Betracht: das eigentümliche pastöse Aussehen der Kinder, welche meist bei ausgesprochenem Status thymico-lymphaticus eine auffallende Adipositas aufweisen; ungemein häufig finden sich die bekannten Symptome des Status thymico-lymphaticus, normales Verhalten der Lymphdrüsen ist die Ausnahme; gewöhnlich läßt sich als Folge einer Störung der Zirkulationsorgane ein besonderes, auch nach rechts vergrößertes Herz nachweisen; die Kinder neigen zu hochgradiger Pulsbeschleunigung und Extrasystolen. Auch Anfälle von kurzdauernder

Zyanose des Gesichtes im Verein mit kleinem, aussetzendem, sehr schnellem Puls trotz fehlendem Fieber weisen auf latente Thymushyperplasie hin. In einigen Fällen wurde Neigung zu hohem Fieber beobachtet. In manchen Fällen ist zeitweilig ein Stridor respiratorius das einzige Symptom. Entscheidend für die Diagnose bleibt jedoch allein die durch Perkussion und Radioskopie nachgewiesene erhebliche Vergrößerung der Thymus. In der Mehrzahl der Fälle besteht gleichzeitig mit auffallender Adipositas eine Neigung zu Obstipation. Dies sind im wesentlichen die Symptome, welche Siegert anführt. Er unterläßt allerdings nicht, darauf hinzuweisen, daß es Kinder im frühen Kindesalter gibt, welche trotz bestehender hochgradiger Thymushyperplasie weder allgemeine noch fötale Erscheinungen darbieten und ungefährdet heranwachsen, während andere ohne alle Vorboten im ersten Anfall gänzlicher Herzinsuffizienz in wenigen Stunden oder Tagen mitten im blühenden Wohlbefinden sterben.

Was nun die Therapie betrifft, so ist stets, sobald eine bis dahin latente Thymushyperplasie manifest wird, die Indikation zur Verkleinerung des Organs gegeben. Das von Rehn in die Therapie der Thymushyperplasie eingeführte operative Verfahren: Spaltung der Faszie und partielle Resektion der Thymus, wird neuerdings zugunsten der Bestrahlung mit Röntgenstrahlen verlassen, welch letztere schon beim ganz jungen Säugling trotz schwerer Kompressionserscheinungen Erfolg zu bringen vermag. Abgesehen davon ist in jedem Falle eine Ernährung zu wählen, welche Fettansatz und starke Gewichtszunahme verhütet und einer Obstipation entgegenwirkt. Da wir jedoch bisher kein Mittel besitzen, die plötzlichen Todesfälle bei Status thymicus zu verhüten oder diese Gefahr rechtzeitig zu erkennen, so dürfte nach Siegert auch schon im latenten Stadium des Status thymicus eine prophylaktische Bestrahlung angezeigt sein.

Keller.

R. Vaglio. *Insufficienza — glandolare endocrina ed eredo sifilide.* (Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion und kongenitale Lues.) (La Pediatria, Napoli 1915, Heft I.)

Verf. hat im ganzen 18 Fälle von Hypothyreose, Myxödem, Mongolismus, Eunuchoidismus, Infantilismus und Dystrophia adiposogenitalis auf ihre Beziehungen zur Lues congenita mittels der Wassermannschen Reaktion untersucht und 12 positive Befunde (am Patienten oder dessen Eltern erhoben) erhalten. In 4 anderen Fällen konnte eine hereditäre Lues nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Solche Befunde sprechen nach dem Verf. für die Annahme, daß das System der Drüsen mit innerer Sekretion in der Entwicklung durch das Syphilisgift der Eltern betroffen und dystrophisch wird. Neben einer Opotherapie sollte eine spezifische Kur eingeleitet werden, um Sklerosierungsprozesse aufzuhalten. (Eine sichere Beziehung zwischen den erwähnten Krankheiten und Lues scheint Ref. nicht bewiesen.) Cramer (Zürich).

Verdauungstraktus.

Lanz. *Untersuchung auf Genitalsymptome zur Unterstützung der Diagnose bei Appendizitis.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 48, S. 1705.)

In den weitaus meisten Fällen von Appendizitis finden sich

1. Kanalsymptome a) Spannung der Pfeiler des rechten Leistenringes, b) Muskelwiderstand beim Eindringen des Zeigefingers in den rechten Leistenkanal;

2. Samenstrangsymptome a) Zugschmerz, b) Druckschmerz, c) Schwellung des rechten Samenstranges am vorderen Leistenring;

3. Hodensymptome (abgeschwächter rechtsseitiger Kremasterreflex). Nagel (Treptow).

C. ten Horn. *Zur Diagnose der Appendizitis.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 40, S. 1537.)

Unter 15 an Appendizitis Erkrankten zeigten 12 Schmerzen bei Zug am rechten Samenstrang infolge der durch den Zug auftretenden Verschiebung des parietalen Peritoneums in der Nähe des inneren Leistenringes. Nagel (Treptow).

Simin. *Zur Frage nach der Ätiologie der Appendizitis.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 10.)

Zur Lösung der Frage, wie leicht Infektionsträger z. B. mit verschluckten Mandelauflagerungen bei Angina in den Fortsatz gelangen können, verabfolgte Simin an zahlreiche Patienten, die vor einer Appendizitisoperation standen, Lindenkohle zu 0·5 in Oblaten in der Anzahl von 1 bis 4 Stück, und zwar nur an einem Tage. Es erwies sich nach der Operation, daß sich in allen Fällen im Fortsatz Kohle befand, selbst wenn die Kohleverabfolgung am 22. Tage vor der Operation stattfand. Der kranke Fortsatz ist also immer für den Darminhalt, folglich für jeden im Darmkanal befindlichen Infektionserreger zugänglich. Nagel (Treptow).

E. Mayerhofer (Wien). *Zur Klinik, Diagnose und Therapie des mesenterialen Darmverschlusses im Kindesalter.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 23.)

Die Symptomatologie der seltenen Erkrankung stellt Verf. nach seiner eigenen Beobachtung und nach den spärlichen Fällen aus der Literatur in 12 Punkten wie folgt zusammen:

1. Beginn nach Verdauungsstörungen leichter oder schwerer Art. Neigung zu Rezidiven.

2. Unstillbares, zuweilen peritonales Erbrechen, kein Appetit, unlöschbarer Durst.

3. Obstipation. Im Stuhl kein Blut.

4. Kein Fieber, Neigung zu Untertemperaturen.

5. Toxisches Aussehen, halonierte Augen.

6. Absolutes Fehlen von Meteorismus, keine oder fast keine sichtbare Peristaltik; der erweiterte Magen nur selten perkutorisch nachweisbar.

7. Typischer Teigbauch, der vor oder im Anfalle bretthart wird.
8. Palpationsbefunde: a) Druckpunkt rechts und aufwärts vom Nabel; b) kein großer Tumor, sondern zuweilen Stränge zu tasten.
9. Puls klein, zuweilen beschleunigt, selten unregelmäßig.
10. Lordose der Wirbelsäule und im Harn Essigsäurekörper.
11. Schmerzparoxysmen oft wildester Art.
12. Unverkennbarer Einfluß der Lage des Patienten. Seitenlage oder Sitzen bevorzugt. Rückenlage schadet. Kniekopfstellung (zur Beckenhochlagerung) schafft Erleichterung.

Anatomisch handelte es sich im Falle des Verfs. um den Mangel der sekundären Verwachsung des Masocolon ascendens, dadurch bedingte Verlagerung (beckenwärts) der ersten Jejunumschlinge und des Pars ascendens duodemi und anschließende Abknickung des Duodenums zwischen Pars horizontal. inf. und Pars ascendens.

Ferdinand Sachs.

Forcart (Basel). *Über Pylorusstenose im Säuglingsalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIV, H. 3/4, S. 234.)

Beobachtungen an 15 Fällen von Pylorusstenose, deren Krankengeschichten mitgeteilt sind. Nervöse Belastung lag nur selten vor, bei 11 Kindern waren die Eltern gesund. 9mal erkrankten erstgeborene Kinder. Das Geburtsgewicht war meistens normal. 10 Kinder waren künstlich ernährt, eine Prädisposition natürlich genährter Kinder konnte Forcart also nicht konstatieren. Die Krankheit begann in 8 Fällen schon im Verlauf der zweiten Woche, 2mal erst in der siebenten Woche. 13 Kinder waren männlichen Geschlechtes. Die chemischen Befunde des Magensaftes wiesen keine Gesetzmäßigkeit auf. Die medikamentöse Behandlung hatte im allgemeinen keine sichtliche Wirkung, ebensowenig Magenspülungen. Wichtiger sind Nährklystiere und Kochsalzinfusionen. Kataplasmen hatten nur beruhigende und wohl schmerzlindernde Wirkung. Pylorusstenose ist von zweifelhaftem Erfolg. Die beste Nahrung schien Frauenmilch + Buttermilch und Frauenmilch + Malzsuppe zu sein. Größere Mahlzeiten erwiesen sich eher nützlich als häufige kleine. Geheilt wurden 12 Kinder (von denen eins später an Meningitis starb), 3 starben. Durchschnittlich dauerte die Krankheit 4 bis 6 Wochen, im einzelnen 12 bis über 20 Wochen. Bei unverminderter Fortdauer nach 6 Wochen ist die operative Behandlung zu erwägen.

Thorspecken (Badenweiler).

C. H. Dunn and **W. W. Howell.** *Diagnosis and treatment of pyloric stenosis and pyloric spasm at the infants' Hospital, Boston.* (Diagnose und Behandlung der Pylorusstenose und des Pylorospasmus.) (Arch. of Pediatrics, Juni 1915.)

Verff. wenden die Röntgenuntersuchung an, um die schweren Stenosefälle von den partiellen sowie von den Fällen von Spasmus zu unterscheiden; der operative Eingriff ist bloß bei den ersten angezeigt.

Wachenheim (New York).

Urogenitalsystem.

W. Herzog (München). *Ein Fall von allgemeiner Behaarung mit heterologer Pubertas praecox bei dreijährigem Mädchen. (Hirsuitismus?)* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 6.)

Im Original nachzulesen. Ferdinand Sachs

C. G. Grulee and **F. W. Gaarde.** *Involvement of the urinary tract as a result of focal infections in children.* (Einziehung der Harnwege infolge von Herdinfektionen bei Kindern.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 24. Juli 1915.)

Verff. notieren Fälle von akuter hämorrhagischer Nephritis etwa eine Woche nach Anfällen von akuter Angina; dabei wird eine scharfe Temperatursteigerung bemerkt. Bei den vorliegenden Fällen konnte Scharlachfieber ziemlich bestimmt ausgeschlossen werden; es fehlten auch stets Anämie, Ödem und urämische Symptome dagegen trat Hämaturie stark hervor. Wachenheim (New York).

A. Corica. *L'eliminazione dell' urotropina nelle affezioni elle vie urinarie dei bambini.* (Die Ausscheidung des Urotropins bei Erkrankungen der kindlichen Urogenitalorgane.) (La Pediatria, Napoli 1915, Bd. VII.)

Bei 11 nierengesunden Kindern, denen 0·25 bis 0·5 g Urotropin gegeben wurde, schwankte die Ausscheidungszeit zwischen 20 und 33 Stunden.

Bei Nephritikern wird die Ausscheidung verzögert, und zwar bis zu 48 und 58 Stunden (10 Fälle). Einige von diesen Fällen wurden auch auf ihr Ausscheidungsvermögen für Milchzucker und Jod geprüft und da für ersteren beinahe ausschließlich auch eine starke Verzögerung in der Ausscheidung zu verzeichnen war, nicht aber für das Jod, so denkt Verf., daß das Urotropin, ähnlich dem Milchzucker (Schleyer), durch die Glomeruli ausgeschieden werde. Wenn sich dies bestätigen sollte, könnte das Urotropin den Milchzucker zur Unterscheidung der Nierenläsionen mit Erfolg ersetzen.

Cramer (Zürich).

Bewegungsapparat.

K. Michelsen. *Fünf Fälle der Calvé-Perthesschen Krankheit.* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 8, S. 226.)

Die Erkrankung betraf Kinder von 4 bis 9 Jahren, ähnelte zunächst stets der tuberkulösen Koxitis, unterschied sich aber streng von dieser durch charakteristisches Röntgenbild und raschen Verlauf zur fast völligen anatomischen und funktionellen Heilung (1 bis $1\frac{1}{2}$ Jahre).

Das Krankheitsbild erinnert an die von Alban Köhler beschriebenen gleichartigen Erkrankungen des Os naviculare und der

Patella. Therapie: Ruhigstellung der Hüfte und leichte Muskelmassage. Nagel-Hoffmann.

Psychologie und Psychopathologie.

F. Hamburger. *Über Psychotherapie im Kindesalter.* (Mitt. d. Ges. f. d. ges. Ther., Bd. II, H. 9.)

Die Behandlung psychogener Erkrankungen im Kindesalter kann entweder den Krankheitsreiz zu beseitigen oder die Empfänglichkeit des Kindes herabzusetzen trachten und versuchen, den Verlauf der Erkrankung durch symptomatische Behandlung zu beeinflussen. Voraussetzung für die ätiologische Behandlung ist, daß es gelingt, die psychische Ursache der Erkrankung ausfindig zu machen. Die Behandlung der Disposition „besteht in nichts anderem, als in einer liebevollen, aber strengen und auch vor Härten nicht zurückscheuenden Erziehung". Die wichtigste Methode der symptomatischen Behandlung ist die der sogenannten Wachsuggestion, deren Durchführung und Erfolge Verf. an einer Reihe von Beispielen schildert. H. Vogt.

Fuchs. *Über Intelligenzprüfung bei Schwachbegabten und ärztliche Aufgaben bei der Überweisung von Kindern in die Hilfsschule.* (Festschr. d. Akad. f. prakt. Med. in Köln.) (Verlag von A. Marcus & E. Weber, Bonn 1915, S. 301.)

Zur Intelligenzprüfung wendete Fuchs die Methode von Binet-Simon an, die er im einzelnen bespricht. Sie ergibt so zuverlässige Resultate, daß nach Ansicht des Verfs. in jedem Falle, bevor ein Kind zur Hilfsschule überwiesen wird, außer einer körperlichen Untersuchung vom Arzt eine eingehende Intelligenzprüfung nach Binet-Simon vorzunehmen ist. Keller.

Erkrankungen des Zentralnervensystems.

E. Stier. *Abgrenzung und Begriff des neuropathischen Kindes.* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 27, S. 794.)

Neuropathisch nennt Stier diejenigen Kinder, welche auf Grund fehlerhafter Anlage eine Steigerung der reflektorischen Erregbarkeit des zentralen oder vegetativen Nervensystems zeigen. Diese Steigerung zeigte sich in 3 verschiedenen Erscheinungen:

1. in gesteigerter motorischer Reaktion;
2. in verfrühtem (Reizschwelle) Auftreten von Unlustgefühlen;
3. in intensivem Festhalten sogenannter lästlicher Angewohnheiten. Nagel-Hoffmann.

Stamm (Hamburg). *Ein Fall von multipler Sklerose im Kindesalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIII, H. 3/4, S. 199.)

Kasuistischer Beitrag. Fibrolysininjektionen erzielten eine der Heilung gleichende subjektive und teilweise objektive Besserung der Krankheit. Thorspecken (Badenweiler).

I. H. Coriat. *New Symptoms in amaurotic family idiocy.* (Neue Phänomene bei der amaurotischen familiären Idiotie.) (Boston Med. and Surg. Journ., 1. Juli 1915.)

Verf. erwähnt explosives unmotiviertes Auflachen und Nystagmus. Ersteres wäre wohl bei irgendwie geistig defekten Kindern zu notieren; letzteres findet man bei normaler Intelligenz, so vielfach bei einfacher Rachitis. Wachenheim (New York).

Stoffwechselkrankheiten.

E. Feer. *Zwei Fälle von Lipodystrophia progressiva.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXII, S. 1—20.)

Verf. berichtet eingehend über eine eigene Beobachtung und einen von Boissonas mitgeteilten Fall der seltenen Erkrankung, die so gut wie ausschließlich das weibliche Geschlecht betrifft. Der Schwund des Fettpolsters erstreckt sich auf das Gesicht, die Arme und die Brust, während das Fettpolster am Gesäß, am Bauch sowie an den Beinen vermehrt ist. Diese eigentümliche Verteilung des Fettansatzes, die schon bei bloßer Besichtigung auffällt, läßt sich auch durch Messung der Dicke der aufgehobenen Hautfettfalten bestätigen. Die Ursache der Erkrankung und ihr Wesen sind unbekannt. Möglicherweise ist eine Störung der Schilddrüsenfunktion im Spiele. H. Vogt.

F. Umber. *Karamose (Merck) für Diabetiker und Kinder.* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 7, S. 181.)

Umber hat Traubenzuckerkaramel (von Merck unter dem Namen „Karamose" in den Handel gebracht) beim Diabetiker versucht und meist gute Toleranz bei täglicher Verabfolgung von 50 bis 150 g beobachtet. Bei Verdauungsstörungen der Kinder bewährte sich Karamose (5 g der jedesmaligen Tee- oder Schleimportion zugesetzt) als mildes, gut wirkendes Laxans ohne Zeichen von Gärung. Nagel-Hoffmann.

W. Falta und **Steinberg.** *Über eine neue Kohlenhydratkur (gemischte Amylazeenkur) bei Diabetes mellitus.* (Mitt. d. Ges. f. d. ges. Ther., Bd. II, H. 9).

Nachdem Blum mit anderen Kohlehydraten dieselben Erfolge wie mit Hafermehl erhalten hatte, zeigen die Verff., daß sich eine „Haferkur" auch mit einer Mischung aus verschiedenen Amyla-

zeenarten durchführen läßt. Bedingung für den Erfolg ist neben entsprechender Vorbereitung, daß die Kost kein animalisches Eiweiß enthält. Die Kohlehydratkur wird bei Verwendung verschiedener Amylazeenarten für den Kranken erträglicher. Davon abgesehen, ist die Beobachtung der Verff. bedeutungsvoll, insofern sie auf die Erklärungsversuche der „Haferkur" Licht wirft. H. Vogt.

H. Eichhorst (Zürich). *Über Diabetes mellitus im Anschluß an Vakzination.* (Med. Klinik, 1915, Nr. 11.)

Ein vorher ganz gesunder, kräftiger Soldat erkrankte 14 Tage nach der Vakzination an schwerem Diabetes und hochgradiger Lipurie, denen er nach kurzer Krankheit erlag. Verf. wirft die Frage auf, ob die Erkrankung eine Folge der Impfung sein könne und glaubt, einen Zusammenhang ursächlicher Natur annehmen zu dürfen.

Ferdinand Sachs.

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

A. Dietrich. *Vergleichende Untersuchungen über Chondrodystrophie und Osteogenesis imperfecta.* (Festschr. d. Akad. f. prakt. Med. in Köln.) (Verlag von A. Marcus & E. Weber, Bonn 1915, S. 122.)

Untersuchungen an einem Falle von Chondrodystrophie und an zwei Fällen von Osteogenesis imperfecta gaben Gelegenheit zu Vergleichen und Gegenüberstellungen der Befunde. Bei Chondrodystrophie liegt der Schwerpunkt der Veränderungen in den Epiphysen, in der mangelhaften Ausbildung und Vorbereitung des Knorpels zur Knochenanbildung, während dagegen die periostale Knochenbildung unverändert, vielleicht verstärkt ist. Bei der Osteogenesis imperfecta dagegen sind der Angriffspunkt der pathologischen Vorgänge die Diaphysen und äußert sich der pathologische Prozeß in der herabgesetzten periostalen Knochenanlagerung und in der erhöhten Resorption.

Auch in den regeneratorischen Bestrebungen zeigt sich das gegensätzliche im Wesen beider Formen von fötaler Knochenerkrankung. Bei Chondrodystrophie hebt Dietrich die eigentümliche, wenn auch sehr unvollkommene Knochenbildung aus den Faserzügen der Knorpelmarkkanäle hervor, also ein Eintreten von Bindegewebsknochen mit osteoider Vorstufe an Stelle des endochondral angelagerten Knochens. Bei der Osteogenesis imperfecta geben die Frakturen den Reiz zu einer höchst vollkommenen Regeneration, einerseits, indem die schlummernde Fähigkeit des Periosts und auch der medullären Osteoblasten wiedererweckt oder gesteigert wird, anderseits, indem ein Knorpelkallus entsteht, wie er sonst in dieser relativen Mächtigkeit kaum vorkommt.

Dietrich ist geneigt, die Ursache der charakteristischen Hemmung der Knochenbildung, die sich bei den beiden beschriebenen Formen in entgegengesetzter Weise äußert, in inneren Störungen an-

zunehmen. Er bringt damit die Tatsache in Verbindung, daß bei beiden Erkrankungen auch die für das Knochenwachstum wichtigen endokrinen Organe, die aus dem Schlundapparat hervorgehen (Epithelkörperchen und Thymus), eine verschiedene Ausbildung bieten. Bei der Chondrodystrophie zeigt sich eine Unterentwicklung, bei der Osteogenesis imperfecta eine mindestens sehr gute Ausgestaltung.

Keller.

Emilia Palmegiani. *Di un caso di acondroplasia.* (Über einen Fall von Achondroplasie.) (La Pediatria, Napoli 1915, Heft I.)

Ausführlich wird über einen Fall von Achondroplasie bei einem 7 Monate alten Mädchen berichtet, bei welchem die Wassermannsche Reaktion stark positiv ausfiel.

Durch anthropometrische Messungen und Röntgenbilder konnte die Diagnose erhärtet werden. Die Hauptmerkmale waren: Synostose der Basalknochen des Schädels; Stillstand im Wachstum der distalen Epiphyse der Ulna; der Radius curvus; Hochstand des Fibulakopfes und endlich die Umkehrung des Brocaschen Klavikularindex.

Die Befunde sprechen für das frühzeitige Auftreten dieser Chondrodystrophie, die ohneweiters auf die ersten Monate des Fötallebens zurückgeführt werden kann. Cramer (Zürich).

R. Vaglio. *Su di un caso di acondroplasia a tipo iperplastico.* (Über einen Fall von hyperplastischer Achondroplasie.) (La Pediatria, Napoli 1915, Bd. VII.)

An Hand von Röntgenbildern konnte die Diagnose der hyperplastischen Form gesichert werden. Auffallend war bei dem 10 Monate alten Mädchen die Gegenwart von Kuchenkernen an den unteren Epiphysen der Metakarpalknochen und an den oberen Epiphysen der Phalangen. Daneben bestand Isodaktylie. Die Länge der Fibula überwog die der Tibia.

Nach einer kritischen Prüfung der verschiedenen Einteilungen der Achondroplasie und deren Pathogenese neigt der Verf. zur Annahme einer Störung in der Funktion der Hypophyse für den hyperplastischen Typus, während bei dem hyperplastischen daneben noch die Schilddrüsentätigkeit beteiligt sei.

Daher die Vorschläge, mit Hypophysenextrakt respektive mit diesem und Thyreoidin eine Therapie der Krankheit zu versuchen.

Cramer (Zürich).

Haut.

Bloch (Basel). *Über einige allgemein pathologische und therapeutische Probleme auf dem Gebiete der Dermatomykosen.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 22 und 23.)

Die interessanten theoretischen Erörterungen verdienen wegen ihrer Beziehungen zur Tuberkulose auch das Interesse des Kinder-

arztes. (Vgl. auch die Arbeit von Bessau in Nr. 10, 1914, dieser Zeitschrift.) Die Dermatomykosen sind sowohl beim Menschen wie beim Tier keine reinen Lokalerkrankungen, sondern ziehen den ganzen Körper, besonders seinen immunisatorischen Apparat, in Mitleidenschaft. Es entsteht eine spezifische Allergie, die sich gegen das in den Pilzleibern enthaltene Endotoxin, das „Mykin" (Trichophytin, Favin usw.) richtet. Diese Endotoxine haben eine komplexe Natur, sie bestehen aus einem labilen, nicht dialysablen Anteil und aus einem dialysablen, koktostabilen, wasserlöslichen Körper. Nur beide zusammen vermögen beim bis dahin noch nicht infizierten Menschen eine Allergie zu erzeugen. Die wasserlösliche Komponente kann es nur, wenn der betreffende Organismus früher schon einmal die Krankheit überstanden hat. Die spezifische Umstimmung läßt sich, wie bei der Tuberkulose, durch subkutane, intrakutane und kutane Applikation zur Darstellung bringen. Für die Dermatomykosen läßt sich mit Sicherheit beweisen, daß die einmal überstandene Krankheit eine dauernde Umstimmung des Körpers erzeugt. Denn zum Unterschied von der Tuberkulose läßt sich die Anwesenheit latenter innerer Herde hier sicher ausschließen. Es ließ sich experimentell durch Übertragung der Überempfindlichkeit mit dem Hautläppchen eines trichophytinallergischen Menschen auf ein normales Individuum beweisen, daß die Allergie eine histogene ist, das heißt an die Gewebszellen des erkrankten Menschen gebunden ist. Es handelt sich also bei den Dermatomykosen ebenso wie bei der Tuberkulose nicht um echte Anaphylaxie, sondern um zelluläre Überempfindlichkeit. Bei manchen Mykosen wird durch das Überstehen der Krankheit neben der Allergie auch eine Immunität gegen Neuinfektion erworben. Kommen nämlich zum zweitenmal lebende Pilze auf die Haut, so entsteht infolge des Freiwerdens der Mykine aus den zerfallenden Pilzleibern die allergische Entzündung und diese führt eine Vernichtung der eingedrungenen Pilze herbei. Bei der Tuberkulose liegen ähnliche Verhältnisse vor, nur kommt es hier infolge der spezifischen Umstimmung nicht zur völligen Immunität, sondern nur zur Verminderung der Bazillenzahl und damit zur Abschwächung des ganzen Krankheitsprozesses. Bei denjenigen Mykosen, bei denen die Pilze tief in die Haut eindringen, es zu intensiver Entzündung und Wechselwirkung zwischen Parasit und Wirt kommt (Kerion Celsi, Sykosis), findet nicht nur eine lokale, sondern auch allgemeine Umstimmung des Organismus statt, was sich häufig in Fieber, Milzschwellung und Leukozytose dokumentiert. Am Krankheitsherde selber kommt es zur exsudativen und proliferativen Entzündung und damit zur Abtötung der Pilze. Deshalb ist es gerade bei den hochgradigsten und schwersten Fällen mit den stärksten pathologischen Veränderungen am schwierigsten, die Erreger zu finden. Deshalb reagieren die Mykosen mit tiefsitzenden Erregern im Gegensatz zu den oberflächlichen Hauterkrankungen gut auf die spezifische Therapie, das heißt Mykininjektion. Ferdinand Sachs.

Otto Bossert. *Kasuistischer Beitrag zur Ichthyosis congenita.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXII, S. 216—224.)

Eingehende, durch Abbildungen unterstützte Beschreibung eines Falles der seltenen Erkrankung, der ein Beispiel der schwersten Form bietet, wie sie von Riecke als Ichthyosis congenita *Κατέξοχήν* bezeichnet wird. Die auffälligsten Erscheinungen an dem frühgeborenen Kinde, das ohne Erscheinungen akuter Erkrankung am 4. Lebenstage starb, bestanden in lederartiger Verdickung der Epidermis und rudimentärer Entwicklung der Ohren. H. Vogt.

O. Cozzolino. *Macchie mongoloidi a sede sulla superficie ventrale del corpo.* (Mongolenflecke auf der ventralen Oberfläche des Körpers.) (La Pediatria, Napoli 1915, Heft II.)

Verf. berichtet über 2 Brüder, 37 Tage respektive 9½ Jahre alt, die Mongolenflecke auf der ventralen Fläche des Körpers aufwiesen. Der Säugling hatte neben Flecken an der typischen Stelle der Sakralregion und des Rückens auch einen 2 × 2½ cm großen auf dem linken Oberschenkel, oberhalb der Patella, der Knabe einen 7½ × 5½ cm großen Flecken auf der vorderen linken Hälfte des Thorax.

Solche atypisch gelegenen Flecken seien bis jetzt nur bei der gelben Rasse beschrieben worden. Cramer (Zürich).

Mund, Nase, Ohr, Kehlkopf.

A. Levinson (Chikago). *Auskultationsphänomen des Kehlkopfes bei Krupp und Pseudokrupp.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 5.)

Levinson beschreibt Auskultationsphänomene des Kehlkopfes bei Krupp und Pseudokrupp mit dem aurealen Stethoskop: Bei Pseudokrupp hört man bei einer Auskultation direkt über dem Thyreoidknorpel im Inspirium einen unreinen, geschlossenen Ton, ähnlich einem M, im Exspirium einen verlängerten schlürfenden Ton. Beim Auskultieren in der Fossa suprasternalis hört man feuchtes, mittelgroß blasiges Rasseln im Exspirium und Inspirium, während über den Lungen normales vesikuläres Atmen zu hören ist. Beim Krupp ist das Inspirium ein offener Vokal, tief und rauh. Das Exspirium ist viel länger als das Inspirium und ist einem V ähnlich. In dem Stadium der vorgeschrittenen Stenose sind Rasselgeräusche nicht zu hören, außer wenn eine Bronchitis vorhanden ist; dann hört man hie und da Rasseln über dem Larynx, das Atmen bleibt aber immer tief und trocken. Ferdinand Sachs.

F. Reiche (Hamburg-Barrubeck). *Seltene Verlaufsformen und Komplikationen der Plaut-Vincentschen Rachen- und Mundentzündungen.* (Münchener med. Wochenschr., 1915, Nr. 7.)

Verf. beschreibt zwei schwere Fälle von Rachen- respektive Zahnfleisch- und Wangenerkrankungen durch die fusiformen Bazillen

und Spirillen. Diphtheriebazillen waren bei keinem der Patienten trotz wiederholter Untersuchungen nachzuweisen. Ebenso war eine luetische Ätiologie mit Sicherheit auszuschließen. Der erste Fall, ein 19jähriges Mädchen, genas nach längerem Krankenlager mit Zurückbehaltung einer großen Narbe am Gaumen und Verlust der Uvula. Bemerkenswert an ihm war das tiefe Darniederliegen des Gesamtbefindens mit anhaltendem, schwerem Kopfweh, Milztumor, Akkommodationslähmung und Fazialisparese und eine ausgesprochene Leukopenie, so daß differentialdiagnostisch an Meningitis und Typhus gedacht wurde. Der zweite Patient, ein 11jähriges Mädchen, mit schwerer Gingivitis, starb nach Besserung der Lokalerscheinungen an perniziöser Anämie und myokarditischen Veränderungen. Verf. glaubt hierfür eine Intoxikation durch die Plaut-Vincentschen Erreger als Ursache annehmen zu müssen.

Ferdinand Sachs.

F. Scherer und **O. Kutvirt.** *Über die Beziehung der Mittelohrentzündung zu den Krankheiten des Säuglingsalters.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXII, S. 129—162 und 241—252.)

Auf Grund ihrer Beobachtungen schätzen die Verff. die Bedeutung von Ernährungsstörungen als Ursache für Mittelohrentzündung hoch ein, während sie nicht geneigt sind, die Otitis als Ursache von Ernährungsstörungen anzuerkennen. Bei der Entstehung der Otitis im Verlauf von Erkrankungen der Atmungsorgane legen sie das Hauptgewicht auf mechanische Schädigung durch Niesen und Husten. Außerdem kommt es nach ihnen um so leichter zu Erkrankung des Mittelohres, je näher zur Tube die primäre Erkrankung ihren Sitz hat. Sehr häufig war die Erkrankung des Ohres bei Säuglingen mit angeborener Syphilis und bei tuberkulösen Säuglingen. Meningeale Erscheinungen und Krämpfe können durch Mittelohrentzündung ausgelöst und durch deren Heilung beseitigt werden. „Die Mittelohrerkrankung des Säuglings ist eine ernste Krankheit, die den Allgemeinzustand des Kindes stets ungünstig beeinflußt, ja sogar sein Leben bedrohen kann."

H. Vogt.

Chirurgie.

Matti. *Zweckmäßiger Verband nach Hasenschartenoperationen.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 34, S. 1386.)

Ein Kolloidalstreifenkreuzverband, der auch über die Oberlippe geführt ist und der vor der Gefahr, durch Nasensekret beschmutzt zu werden, durch Nasentampons geschützt wird. Die frische Naht wird vor dem Anlegen des Streifens mit Wismut bestreut.

Nagel (Treptow).

Helbing. *Zur Frage des Heftpflasterverbandes bei Hasenschartenoperationen.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 34, S. 1385.)

Durch ausgedehnte Ablösung der Oberlippenhälften sorge man für genügende Mobilisierung und nähe recht exakt (eventuell Entspannungsnaht), dann erübrigen sich alle Heftpflasterverbände.

Nagel (Treptow).

Hagemann. *Eine zweckmäßige Modifikation des Heftpflasterverbandes bei Hasenschartenoperationen.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 21, S. 884.)

Der bartbindenartig zugeschnittene Leukoplaststreifen wird nicht wie bisher üblich über die zu entspannende Oberlippe gelegt, sondern von den Wangen quer durch die Mundöffnung. Ein Spalt zwischen Pflasterrand und Oberlippe genügt für die Ernährung. Bei dieser Modifikatioh kein Aufgehen der Nähte mehr, wenn auch öfter Erneuerung des Heftpflasterstreifens nötig ist.

Nagel (Treptow).

Holfelder. *Heftpflasterverband bei Hasenschartenoperationen.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 27, S. 1145.)

Zwei fünfmarkstückgroße Heftpflasterstreifen werden auf jede Backe geklebt und durch beide und durch die Wangen ein Ramizwirnfaden mittels der runden chirurgischen Nadel quer durch den Mund gelegt. Ernährung ungehindert und Erfolg sehr gut.

Nagel (Treptow).

Narath. *Eine zweckmäßige Modifikation des Heftpflasterverbandes bei Hasenschartenoperationen.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 27, S. 1146.)

Kreuzförmig geklebte Leukoplaststreifen ziehen von jeder Wange nahe dem Unterkieferrande über die Nasenwurzel nach dem Scheitelbein der anderen Seite hinüber. Eine nach Art der Funda gelegte Scheitel-Kinnschlinge aus Leukoplast schützt die Zugkraft der Kreuzstreifen und sichert mit ihnen die Ruhigstellung der Oberlippe.

Nagel (Treptow).

Hans. *Zur Operationstechnik der doppelseitigen Hasenscharte.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 33, S. 1337.)

Bei Benutzung des sehr beweglichen Hautteiles des Zwischenkiefers zur Bildung des häutigen unteren Teiles der Nasenscheidewand vermeidet man die sonst regelmäßig auftretende Abplattung der Nase (siehe Abbildung). Zur Rücklagerung des Zwischenkiefers folgt er der Methode von Bardeleben. Bei der Nachbehandlung benutzt er den Hagemannschen Heftpflasterverband.

Nagel (Treptow).

R. Drachter. *Zur Frage des Verschlusses der Kieferspalte bei einseitig durchgehender Gaumenspalte.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 12, S. 497.)

Empfehlung der Schoemakerschen Operationsmethode (siehe Abbildung), bei der eine Schädigung von Zahnkeimen vermieden wird.

Nagel (Treptow).

K. Vogel. *Zur Albeeschen Operation bei Spondylitis tuberculosa.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 13, S. 549.)

Die Albeesche Operation bei tbc. Spondylitis (Fixierung der erkrankten Wirbelsäulenpartie durch einen frei in die gespaltenen Dornfortsätze implantierten Tibiaspan) veränderte Vogel so, daß er 1 oder 2 Wirbelbögen wegnahm, dann sinkt der Gibbus sehr leicht ein und man kann die sich nun nähernden Dornfortsätze der angrenzenden Wirbel durch den Tibiaspan vereinigen. Diese leichte Streckung des Gibbus ist sonst nur mit Gewalt, also mit Gefährdung des Patienten, möglich. Nagel (Treptow).

R. Tölken. *Die Ekehornsche Operation des Mastdarmvorfalles bei Kindern.* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 15, S. 427.)

Tölken empfiehlt warm die Ekehornsche Operation (Fixation des reponierten Mastdarmes durch 2 neben dem untersten Teil des Kreuzbeines durch den Darm gelegte Seidenfäden) wegen ihrer Einfachheit, Ungefährlichkeit und guten Resultate.

Nagel-Hoffmann.

Friedrich Karl. *Magenkarzinom bei einem 9jährigen Jungen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 13, S. 373.)

Exstirpation eines echten Pyloruskarzinoms bei einem 9jährigen Jungen mit bisher gutem Erfolg. Beobachtungsdauer 4 Monate.

Nagel-Hoffmann.

L. Chiaravalloti. *Fibro-mixo-sarcoma del mesentere in un bambino di due anni.* (Fibromyxosarkom des Mesenteriums bei einem zweijährigen Kinde.) (La Pediatria, Napoli 1915, Heft III.)

Verf. bringt die ausführliche Krankengeschichte, den Sektionsbericht und die histopathologischen Befunde eines malignen Tumors des Mesenteriums, welcher intra vitam, was den Sitz und die Art anbelangt, nicht mit absoluter Sicherheit zu diagnostizieren war.

Praktisch müsse man nicht vergessen, daß auch Tumoren des großen Netzes bei Kindern enorme Dimensionen annehmen und durch ihre Größe und ihre Verwachsungen mit der Nachbarschaft den Charakter und die Beweglichkeit verlieren können und so die richtige Diagnose sehr erschweren. In solchen Fällen genüge weder eingehende Anamnese noch genaue Untersuchung, um die Art und geschweige den Sitz der Geschwulst mit Sicherheit bestimmen zu können, sondern die Laparatomie und der anatomisch-pathologische Befund allein können die Aufklärung bringen. In der Kindheit, wenn die Differenzierung der Gewebe noch nicht ganz vollkommen ist, seien gemischte Geschwülste von embryonalem Typus keine Seltenheit. Sie nehmen ihren Ausgang vom Parenchym, im besonderen von dem der Niere, können aber auch manchmal, wie im vorliegenden Falle, vom Bindegewebe ihren Ursprung nehmen. Cramer (Zürich).

Orthopädie.

Nußbaum. *Ein billiges Hilfsmittel zur Redression kindlicher Klumpfüße.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 29, S. 1213.)

Ein 15 cm langer zylindrischer Holzstab (Besenstiel) wird mit Watte und Mullbinde umwickelt und dann als Hypomochlion benutzt (siehe Abbildung). Nagel (Treptow).

Fischer und **Barón.** *Beitrag zur operativen Behandlung des spastischen Plattfußes.* (Zentralbl. f. Chir., 1914, Nr. 18, S. 755.)

Ein aus dem Peronaeus longus geschnittenes 6 bis 8 cm langes Sehnenstück wird am Navikulare und nach subkutaner Durchführung an der medialen Tibiafläche angenäht und in starker Supinationsstellung des Fußes zur Anheilung gebracht. Gute Resultate.

Nagel (Treptow).

O. Cramer. *Über die Skoliosenbehandlung nach Abbott.* (Festschr. d. Akad. f. prakt. Med. in Köln.) (Verlag von A. Marcus & E. Weber, Bonn 1915, S. 89.)

Die Abbottsche Methode vereinigt die beiden zur Skoliosenbehandlung angegebenen Methoden, nämlich die rein passive Korrektur im Gipsverband und die aktiv funktionelle durch Gymnastik, miteinander: Zuerst passive Überkorrektur, Ausnutzung der gewaltigen Kraft der Atmung und dann Nachbehandlung mit Korsett und Gymnastik. Verf. erklärt die Abbottsche Methode bei einfachen Dorsalskoliosen dritten Grades für ganz hervorragend, bei Verbiegungen mit mehreren Krümmungen für die beste, die bisher bekannt gegeben wurde, und zwar obgleich über Dauerresultate noch nicht berichtet worden ist. Als unbedingt feststehend sieht Cramer die erhebliche Besserung der Thoraxdeformität an; die Buckelbildung verschwinde fast ganz, die Organe des Brustkorbes könnten wieder in normaler Weise arbeiten. Immerhin hebt Cramer hervor, daß so glänzende Resultate, wie sie Abbott berichtet hat, in Deutschland nicht erzielt werden und erwähnt weiter, daß von seinen Patienten die Hyperdeskoliosierung und Kyphosierung in so maximaler Weise, wie sie Abbott verlangt, nicht vertragen wurde. Es stellten sich Schlaflosigkeit, Rumpf- und Gliederschmerzen ein. Keller.

W. Böcker. *Die Vorzüge der unblutigen Einrenkung bei der Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 19, S. 553.)

Beschreibung der Technik der unblutigen Einrenkung nach dem allgemein geübten Verfahren von Lorenz und Hoffa. Erfahrungen bei der Nachbehandlung. Statistik: einseitige Hüftverrenkung fast in allen frühbehandelten Fällen heilbar, doppelseitige in zwei Drittel der Fälle. Nagel-Hoffmann.

Mißbildungen.

Ernst Löhnberg und **Fritz Duncker.** *Zwei Fälle von angeborener schwerster Defektbildung sämtlicher Extremitäten.* (Festschr. d. Akad. f. prakt. Med. in Köln.) (Verlag von A. Marcus & E. Weber, Bonn 1915, S. 327.)

In dem einen Falle handelt es sich um ein neugeborenes Kind, dem sämtliche Gliedmaßen in ihren distalen Abschnitten vollständig fehlen, und zwar sind die Arme etwa in der Höhe der Ellbogengelenke abgesetzt; die Oberarmstümpfe verjüngen sich konisch; die Haut an ihren Enden zeigt linsengroße Einziehung. An beiden unteren Extremitäten fehlen die Unterschenkel und Füße vollkommen; die Oberschenkel sind noch stärker verkümmert als die rudimentären oberen Extremitäten. Außer diesem Befund besteht linksseitiger Schiefhals, rechtsseitige Skrotalhernie und eine Atresia ani, welche am zweiten Lebenstage mit Erfolg operiert wird. Dieser Beobachtung stellt Verf. eine zweite gegenüber, welche einen 61jährigen Erwachsenen betrifft, bei dem die gleichen enormen angeborenen Defektbildungen an den Extremitäten bestehen. In beiden Fällen spricht die Ausbildung und Anordnung der Spaltlinien der Haut an den Enden der Extremitätenstümpfe gegen eine grobmechanische fötale Läsion durch amniotische Abschnürungen. Die Verff. sind geneigt, in ihren Fällen als einheitliche Ursache einen bereits in einer früheren Fötalperiode einsetzenden abnormen Uterusdruck anzunehmen, der ohne wesentliche Irritation der normalen Spaltlinienzeichnung der Haut, wenn nicht ausschließlich, so doch großenteils zu den hochgradigen Verstümmelungen sämtlicher Extremitäten beigetragen hat.

Keller.

L. Fuhrmann. *Angeborene Duodenalatresie.* (Festschr. d. Akad. f. prakt. Med. in Köln.) (Verlag von A. Marcus & E. Weber, Bonn 1915. S. 629.)

Es handelt sich um eine Atresie des Duodenums unmittelbar analwärts von der Einmündung des Gallenganges. Da eine Einwilligung der Mutter zum Eingriff nicht zu erlangen war, trat nach Versuch der Rektalernährung am Ende des 10. Lebenstages der Tod ein.

Keller.

B. Rosati. *Teratoma lombare e rachischisi in una bambina di 2 anni operata e guarita.* (Lumbalteratom und Rachischisis bei einem 2jährigen Mädchen, operiert und geheilt.) (La Pediatria, Napoli 1915, Bd. VI.)

Nach ausführlicher Besprechung der Versuche einer Einteilung und Namengebung angeborener Sakralgeschwülste jeder Art und der dabei gefundenen Organe, Organrudimente und Gewebe von den ersten Beobachtungen Ende des 17. Jahrhunderts bis zu unserer Zeit gibt Verf. einen Fall von Lumbalteratom bei gleichzeitiger Rachischisis eines 2jährigen Mädchens bekannt, das er zu beobachten

und zu operieren Gelegenheit hatte. Das Kind genas. Die mikroskopische Untersuchung des exzidierten Tumors ergab alle möglichen Gewebsarten und Organrudimente: Bindegewebe verschiedener Art, Knorpel- und Knochengewebe, Epidermis, glatte Muskulatur, Talg-, Schweiß- und Speicheldrüsen, Gewebe des zentralen und peripheren Nervensystems; ferner Rudimente des Darmes, der Bronchien und der Milz.

Auffallend war der Sitz des Tumors auf dem IV. Lumbalwirbel.

Zwischen Tumor und Meningen, welche nicht vorgefallen waren, schaltete sich fibröses Gewebe ein. Cramer (Zürich).

Vakzination.

L. Voigt (Hamburg). *Bericht über die im Jahre 1913/14 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXIII, H. 1/2, S. 94.)

Gustav Paul. *Neueres zur Impfung und zu den Impfungsergebnissen aus der jüngsten Wiener Notimpfungskampagne.* (Mitt. d. Ges. f. d. ges. Ther., Bd. II, H. 9.)

Bei Wiederimpflingen unterscheidet Verf. 3 verschiedene Formen, in denen sich die Wirkung der Impfung geltend machen kann. Die knötchenförmige oder papulöse Reaktion tritt ein bei allen, die von der Erstimpfung her Schutzstoffe besitzen, die den Erreger an der Eintrittsstelle unschädlich machen. Die typische Form der Reaktion bei Wiederimpfung besteht in beschleunigter Entwicklung der Impfblatter und schnellerem und heftigerem Auftreten des Reaktionshofes, wodurch Verwechslungen mit Erysipel nahegelgt werden. Eine Entwicklung der Impfreaktion wie beim Erstimpfling beweist, daß die Schutzwirkung der Erstimpfung und die Fähigkeit des Organismus zu beschleunigter Reaktion verloren gegangen sind. Verf. tritt dafür ein, daß die erste Revakzination knapp vor Eintritt der Pubertät erfolgen sollte, da erst vom 12. Jahre ab ein Nachlaß der Nachwirkung der Erstimpfung einzutreten pflegt. H. Vogt.

Hygiene und soziale Medizin.

Franz Klein (Wien). *Die zweite Hälfte des Jugendschutzes.* (Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürs., Jahrg. VI, Dezember, 1914.)

Klein erklärt die österreichische „Teilnovelle" zum bürgerlichen Gesetzbuche, welche die vormunds- und pflegschaftsbehördliche Fürsorge zu verbessern beabsichtigt, für ein Stückwerk, solange nicht auch die Behandlung der pathologischen Erscheinungen des Jugend-

alters, die vorzugsweise den Strafrichter beschäftigen, den heutigen Erkenntnissen gemäß geregelt werde. Bloch.

v. Behr-Pinnow. *Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit — eine Frage der Massenbelehrung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 17, S. 502; Nr. 18, S. 533.)

Die Volksbelehrung müßte folgende Zweige umfassen:

1. Fortbildung von Ärzten;
2. Ausbildung von Schwestern für die Anstalt und für auswärts;
3. Ausbildung von Krankenpflegerinnen für die Familie;
4. Ausbildung der Hebammen auf dem Gebiete der Säuglingspflege durch einen Kinderarzt;
5. Ausbildung freiwilliger Mitarbeiterinnen auf dem Gebiete der Säuglings- und Mütterfürsorge;
6. Beratung der Kommunen, Vereine usw. und Einzelpersonen durch mündliche (Fürsorge- und Beratungsstellen), schriftliche (Merkblätter und Tagespresse) und darstellungsmäßige (Institute und Ausstellungen) Belehrung. Nagel-Hoffmann.

Rissmann. *Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit — eine Frage der Massenbelehrung.* (Eine Ergänzung zu den Artikeln des Kabinettsrates a. D. Dr. v. Behr-Pinnow in Nr. 17 und 18.) (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 23, S. 682.)

Säuglingsfürsorge ist stets in engstem Anschluß an Mütterfürsorge zu treiben, gehört also ganz besonders ins Gebiet der Hebammenschulen. Die Einführung eines Frauendienstjahres, in der jedes junge Mädchen lernt, was es als Gattin und Mutter braucht, ist dringend anzuraten. Nagel-Hoffmann.

v. Behr-Pinnow. *Bemerkungen zu den Ausführungen von Dr. Rissmann.* (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 23, S. 682.)

Ärztliche Belehrung in Schule und Fortbildungsschule dürfte für die zukünftige Gattin und Mutter genügen. Einführung eines Frauendienstjahres ist aus staatsfinanziellen Gründen nicht durchführbar. Nagel-Hoffmann.

H. Liefmann. *Säuglingssterblichkeit und Wohnungsfürsorge.* (Zeitschr. f. öffentl. Gesundheitspfl., Bd. III, 1915, S. 49—70.)

Die Säuglingssterblichkeit steht nach Ansicht des Verfs. in engen Beziehungen zur Wohnung. Dabei sind weder die ungenügende Ventilierbarkeit noch auch die Sonnenbestrahlung von entscheidender Bedeutung. Auch die Überfüllung der Wohnungen, die unzweckmäßige Benutzung in einer Weise, die zu erhöhter Wärmebildung im Innern der Wohnungen führt, genügen nicht zur Erklärung der hohen Säuglingssterblichkeit. Schlechte Pflege, unzweckmäßige Ernährung haben daneben eine große Bedeutung. Es ist also nicht die Armut, sondern vermeidbare Begleiterscheinungen, die zur Säuglingssterblichkeit führen. Abhilfe erwartet Verf. in erster Linie vom Ausbau der Wohnungspflege, deren Angestellte in den verschiedenen Zweigen

der Fürsorge, wie Säuglingsfürsorge, Tuberkulosefürsorge usw., entsprechend vorgebildet sein sollten. H. Vogt.

Berichte.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung vom 14. Mai 1915.

(Kriegs-Sitzung.)

Die Gesellschaft genehmigt 50 M für den Deutschen Verein für Sanitätskunde.

Sie beschließt ferner, ihr gesamtes angelegtes Vermögen in der Höhe von 1000 M für Kriegszwecke flüssig zu machen:

400 M erhält die Kriegsunterstützungskasse und Witwengabe des Leipziger Verbandes der Ärzte Deutschlands;

600 M erhält die Nationalstiftung für die Hinterbliebenen der im Kriege Gefallenen (zu gleichen Teilen für Landheer und Marine).

1. **J. Meier**: *Die Bestrebungen der deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz während der Kriegszeit.*

2. **Hecker**: *Säuglingsfürsorge in München während der Kriegszeit.*

Diskussion: Ibrahim, Oppenheimer, Meier, Hecker und Uffenheimer.

Albert Uffenheimer (München).

Besprechungen.

L. Jeanneret. *La Tuberculose de l'enfant. Traitement de ses formes médicales et chirurgicales par la Tuberculine.* (Die Tuberkulinbehandlung der Tuberkulose im Kindesalter.) (Paris, Baillière et fils. 200 S., 1915.)

Verf. empfiehlt warm die Anwendung der intradermalen Tuberkulininjektionen bei der Tuberkulose im Kindesalter. Seine eingehenden Studien über die Sensibilität des Kindes gegenüber dem Tuberkulin führen ihn dazu, eine Methode zu suchen, welche bei jedem Fall ein nach seiner besonderen Tuberkulinempfindlichkeit orientiertes sicheres Vorgehen erlaubt. Die intradermale Injektion gibt je nach der Größe der Reaktion, die sich offen und meßbar zeigt, ein sicheres Zeichen, wie der Körper auf das Tuberkulin reagiert. Daran läßt sich der therapeutische Effekt beurteilen; ohne daß für das Kind eine Gefahr besteht, kann auf diese Weise eine Tuberkulinkur mit größmöglichstem Erfolg durchgeführt werden. Man vermeidet entweder zu große und gefährliche oder aber zu kleine, wirkungslose Dosen (subkutane Injektionen).

Das reichlich angeführte kasuistische Material entstammt den Kinderkliniken in Lausanne und besonders in Basel.

Es finden sich auffallend günstige Resultate, in deren Beurteilung Verf. übrigens in bezug auf Heilung der Tuberkulose sehr vorsichtig ist.

Prof. H u t i n e l (Paris), der dem Buche ein Vorwort geschrieben hat, urteilt darüber sehr günstig und hebt besonders hervor, daß die Methode der intradermalen Injektion den Ärzten einen Weg eröffne, welchen sie ohne Risiko begehen können, denn die Methode ist unschädlich. E. B u r c k h a r d t (Basel).

Moritz Fürst. *Jahrbuch der Schulgesundheitspflege 1915, mit einem Beiheft: Schulhygienischer Notizkalender.* (Verlag von Gustav Fischer, Jena 1915.)

Das Jahrbuch, das im zweiten Jahrgang erscheint, bringt außer zwei Aufsätzen (W. H a n a u e r: Die Schulhygiene in Fortbildungs- und Gewerbeschulen, und M. F ü r s t: Schulhygiene und freie Ärztewahl) eine gute Übersicht über den Stand der Schulgesundheitspflege in Deutschland in Form von Tabellen, Jahresberichten, Berichten aus schulhygienischen Versammlungen und Vereinen und von Auszügen aus den verschiedensten Zeitschriften, Zeitungen und Jahresberichten. Die hierher gehörigen amtlichen Erlasse werden im Wortlaut mitgeteilt. K e l l e r.

Otto Dornblüth. *Deutsches Erziehungsbuch. Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher.* (Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden 1915.)

Die Zahl der Erziehungsbücher wächst von Jahr zu Jahr. Das vorliegende Büchlein bleibt bei dem üblichen Schema (Aufgabe und Wege der Erziehung — Geistige und körperliche Erziehung und Pflege bis zum Schulalter — Fehler der Kinder und ihre Behandlung) und geht in seinen Darbietungen über das Durchschnittsmaß nicht heraus. K e l l e r.

L. Langstein und **F. Rott.** *Der Beruf der Säuglingspflegerin.* (J. Springer, Berlin 1915.)

Enthält neben einer vergleichenden Würdigung deutscher und englischer Säuglingspflege eine Zusammenstellung der Pflegerinnenschulen Deutschlands, der staatlichen Vorschriften für die Ausbildung des Säuglingspflegepersonals und von Dienstanweisungen für Anstaltspflegerinnen, für Säuglingsfürsorgerinnen und für Kreisfürsorgerinnen. H. V o g t.

Bernhardine Woerner. *Hilfsbüchlein der Säuglingspflege.* (J. F. Lehmann, München 1914.)

G. Riether. *Schlagworte für die Säuglingspflege, zum Unterrichte der Pflegerinnen zusammengestellt.* (F. Deuticke, Wien und Leipzig.)

J. Kockerols. *Am Krankenbett. Praktische Anleitung zur Kranken- und Verwundetenpflege im Hause.* Nebst einem Anhang: Die Pflege und Ernährung des Säuglings. (W. Vobach & Co., Berlin, Leipzig.)

F. Theodor. *Praktische Winke zur Ernährung und Pflege der Kinder in gesunden und kranken Tagen.* (Königsberg 1915.)

Das „Hilfsbüchlein" ist geschickt und zweckmäßig abgefaßt und übertrifft die „Schlagworte", die manche anfechtbaren Sätze

enthalten. Das Pflegebuch „Am Krankenbett" hat merkwürdigerweise einen Oberapotheker zum Verfasser. Es liest sich an vielen Stellen wie eine Anleitung zum Kurpfuschen, wie der Abschnitt über Wasserbehandlung, über homöopathische Heilkunde usw. Der Abschnitt über Säuglingspflege ist keineswegs besser als der sonstige Inhalt des Buches. Das Buch von Theodor umfaßt 276 Seiten und ist bereits in 5. Auflage erschienen. Leider entspricht dem nicht der Wert des Buches, das einer hochgestellten Persönlichkeit gewidmet ist. Die Geschmacklosigkeit, daß die Rückseite des Widmungsblattes mit einer ganzseitigen Reklame für Hommels Hämatogen bedeckt ist, fällt wohl dem Verleger zur Last, sollte aber vom Verf. nicht geduldet werden. Am Schluß des Buches finden sich Kufeke, Nestle, Plasmon, Backhaus-Cakes, Hygiama, Infantina, Odda, Polymalz, Mufflers Kindernahrung und viele andere ebenso köstliche Nährpräparate angepriesen. Noch schlimmer ist, daß der Verf. auf diesen Anzeigenteil geradezu im Text verweist (S. 160). Auch dies Buch erliegt der Gefahr, daß der Verf. die Grenze dessen, was für den Laien zu wissen nützlich und nötig ist, nicht einzuhalten versteht. Man lese nur Abschnitte, wie den über Keuchhusten, über Skrofulose und Tuberkulose u. a. Was sollen dem Laien die vielfachen Hinweise auf Arbeiten, die der Verf. in pädiatrischen Zeitschriften veröffentlicht hat? Soll er sie vielleicht da aufsuchen und lesen? Im übrigen ist der Inhalt des Buches in vielfacher Hinsicht so angreifbar, daß man ein neues Buch schreiben müßte, wenn man im einzelnen darauf eingehen wollte. H. Vogt.

Wilhelm Croner. *Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken.* (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien 1915.)

Das handliche übersichtlich geordnete Werk hat als Nachschlagebuch sicherlich eine weite Verbreitung in Ärztekreisen. Es wäre aus diesem Grunde wünschenswert, daß jede Neuauflage so gründlich bearbeitet würde, daß die kurzen therapeutischen Hinweise, wie sie in dem kurzen Nachschlagebuch möglich sind, immerhin dem gegenwärtigen Stand der Therapie gerecht werden. Die Therapie der Kinderkrankheiten ist von Niemann bearbeitet. Es macht den Eindruck, als ob manche der Angaben nicht ganz der gegenwärtig in der Kinderklinik gehandhabten Therapie entsprechen.

Keller.

Hugo Ribbert. *Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie.* (Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig 1915.)

Auch die neue Auflage ist wiederum gründlichst durchgearbeitet und ergänzt, so daß das Lehrbuch auch weiter auf voller Höhe steht.

Keller.

Alberto Ascoli. *Grundriß der Serologie.* (199 S., 2. Aufl., Josef Šafář, Wien und Leipzig.)

Die Darstellung des Verfs. bildet eine sehr geschickte Einführung in das nicht leicht zugängliche Verständnis der Immunitätslehre. Die

besondere Hervorhebung der praktisch wichtigsten Ergebnisse und die eingehende Darstellung der serologischen Technik wird dem Buch sicherlich unter den praktischen Ärzten viele Leser gewinnen.

H. Vogt.

W. C. Röntgen. *Grundlegende Abhandlungen über die X-Strahlen.* (C. Kabitzsch, Würzburg 1915.)

Die physikalisch-medizinische Gesellschaft in Würzburg hat die drei klassischen Aufsätze, in denen Röntgen zuerst über die von ihm entdeckten Strahlen berichtet hat, zum 70. Geburtstag des Forschers in einer Sonderausgabe zusammengestellt. So bietet sich für jedermann die willkommene Gelegenheit, die ersten Mitteilungen über diese „bahnbrechende, die theoretische Wissenschaft, die praktische Medizin und das gesamte Leben der Menschen in gleichem Maße fördernde Entdeckung" im Original kennen zu lernen.

H. Vogt.

Inhalt.

Allgemeines. **Noeggerath.** *Freiburger Kinderpraxis 431.* — **Anatomie, Histologie.** **Thimm.** *Epithelkörperchen 432.* — **Gutstein.** *Muskulatur der rachitischen Kinder 432* — **Physiologie und allgemeine Pathologie.** **Wegener.** *Magensekretion 432.* — **Fauth.** *Thoraxbewegungen 433.* — **Zamorani.** *Lipasegehalt des Blutes 433.* — **Allgemeine Diagnostik.** **Obé.** *Meningokokken in der Lumbalflüssigkeit 434.* — **Lackner** und **Levinson.** *Kaliumpermanganatprobe der Zerebrospinalflüssigkeit 434.* — **Hess.** *Wismutpillen bei Fluoroskopie 434.* — **Behandlung und Pflege.** **Como.** *Tierblutkohle 434.* — **Pharmakologie und Toxikologie.** **Straub.** *Magnesiumsulfat bei Tetanus 435.* — **Wechselmann-Dreifuß.** *Salvarsannatrium 436.* — **Kellner.** *Opium-Brombehandlung der Epilepsie 436.* — **Zadek.** *Salizylsäure 436.* — **Hoffmann.** *Theazylon 437.* — **Bakteriologie.** **Jakobsen** und **Meyer.** *Bordet-Gengouscher Bazillus 437.* — **Plange** und **Schmitz.** **Rall.** **Schürmann** und **Pringsheim.** *Diphtheriebazillen 438.* — **Matthes** und **Raunenberg.** *Typhusbazillen 438.* — **Asch.** *Gonokokken 438.* — **Widmann.** *Übertragung von Bakterien durch Läuse 439.* — **Serologie und Immunitätslehre.** **Königsfeld.** *Serumtherapie 439.* — **Reiche.** *Serumexanthem 439.* — **Mautner** und **Pick.** *Schockgifte 440.* — **Kutscher.** *Nebenagglutinine 441.* — **Entwicklung und Sprache.** **Grover.** *Messungen 441.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.** **Brodsky.** *Laktation 441.* — **Leichtentritt.** **Poulsen.** *Eiweißmilch 442.* **Benjamin.** *Trikalkolmilch 443.* — **Mayer.** *Hungerfieber 443.* — **Klose.** *Mehlnährschaden 444.* — **Zade.** *Periodisches Erbrechen 444.* — **Wanietschek.** *Rumination 445.* — **Frank.** *Akute Nephritis 445.* — **Kleinschmidt.** *Sommersterblichkeit 446.* — **Sylvester** und **Hibben.** *Gasbazillus 446.* — **Baginsky.** *Verdauungsstörungen der älteren Kinder*

447. — **Milchwissenschaft und Molkereipraxis.** **Benestadt.** *Kolostrum 447.* — **Disqué.** *Milch 447.* — **Ladd.** *Homogenisierte Milch 447.* — **Wachstum und Stoffwechsel.** **Finizio.** *Freie Salzsäure im Magensaft 448.* — **Finizio.** *Kaseinverdauung 448.* — **Schade.** *Leberfunktionsprüfung 449.* — **Niemann.** *Harnsekretion 449.* — **Stirnimann.** *Vitamine 449.* — **Talbot.** *Energieumsatz bei Fehlen beider Hemisphären 450.* — **Haas.** Indikanämie *450.* — **Schloss.** *Wirkung von Kalkphosphorpräparaten 450.* — **Neugeborene.** **Schute.** *Ernährung und Gewichtsverhältnisse 451.* — **Konstitution und Diathesen.** **Samelson.** *Exsudative Diathesen 451.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.** **Bernhard.** *Diphtherie- und Scharlachsterblichkeit 452.* — **Berlin. Reiter. Park** und **Zingher.** *452.* — **Seidel.** *Diphtherie 453.* — **Koch. Schleissner. Reiss** und **Hertz.** *454.* — **Knause.** *Scharlach 455.* — **Lichtenstein.** *455.* — **Herrman.** *Morbillen 456.* — **Potter.** *Infektiöse Purpura 456.* — **Lüdke. Jakob.** *456.* — **Ditthorn** und **Schultz. Walko.** *457.* — **Kalberlah. Zierseh. Fellner.** *458.* — **Landsberger.** *Typhus 459.* — **Vaglio.** *Paratyphus 459.* — **Bujwid. Klesk.** *Dysenterie 459.* — **Adler.** *459.* — **Straßburger.** *Ruhrartige Darmerkrankungen 460.* — **Hübschmann.** *Influenza 460.* — **Sorensen.** *Keuchhusten 461.* — **Norris.** *Gonorrhöe 461.* — **Bendix.** *Akuter Gelenkrheumatismus 461.* — **Eichhorst.** *Pneumokokkenmeningitis 461.* — **Klinger** und **Fourman.** *461.* — **Umber. Rutelli.** Meningitis *epidemica 462.* — **Halbey.** *Poliomyelitis 462.* — **Cozzolino.** *Mallafieber 463.* — **Maggiore.** *Malaria 463.* — **di Cristina** und **Caronia.** *Leishmaniose 463.* — **Tuberkulose.** **Park.** *Übertragung 464.* — **Salvetti.** *Pirquetsche Reaktion 464.* — **Krämer.** *Subkutane Tuberkulindiagnose 464.* — **Damask** und **Schweinburg.** *Nachweis durch Milzimpfung 465.* — **Petruschky.** *Perkutane Immunisierung 465.* — **Hamburger.** *Infektion und Reinfektion 466.* — **Bessau.** *466.* — **Koch.** *Tuberkulinbehandlung 467.* — **Litzner.** *Herdreaktion 467.* — **Müller.** *Chirurgische Tuberkulose 468.* — **v. Chlumsky. Vulpius.** *Mesbébehandlung 468.* — **Löffler.** *Brückengipsverband 468.* — **Hennemann.** *Spina bifida 469.* — **Bacigalupo. Nobel.** *Meningitis 469.* — **de Stefano.** *Kardiotuberkulöse Zirrhose 469.* — **Syphilis.** **Trinchese.** *Infektions-* und *Immunitätsgesetze 470.* — **Roddy.** *Wa-R. 470.* — **Soldin** und **Lesser.** *Kongenitale Syphilis der Säuglinge 470.* — **Ingersheimer.** *Sehnervenentzündung 470.* — **de Stefano.** *Hydrozephalus und Lues 470.* — **Cannata.** *Cholesteringehalt des Blutserums 470.* — **Pentagna.** *Lues hereditaria der langen Röhrenknochen 471.* — **Zirkulationsapparat.** **Saltikow.** *Atherosklerose 471.* — **Respirationsorgane.** **Maggiore.** *Schallabschwächungen 472.* — **Schmidt. Stepp.** *Pleurapunktion 472.* — **Baginsky. Kaufmann. Mendel. Hochhaus.** *473.* — **Roedel.** *Pneumonie 474.* — **Blut und blutbildende Organe.** **Hess.** *Funktionelle Diagnostik der Blutkrankheiten 474.* — **Meixner** und **Decastello.** *Leukozyten- und Blutplättchenzahlen 476.* — **Brandenberg.** *Familiäres Auftreten von Bluterkrankungen 476.* — **Heubner.** *Knochenmark und Anämie 477.* — **Kharina-Marinucci.** *Perniziöse Anämie 477.* — **Corica.** *Pyrodin-*

anämie 478. — **Krumbhaar.** *Splenomegalie 478.* — **Bockhorn.** *Filaria 478.* — **Lymphatischer Apparat.** — **Conradi.** *478.* — **Caronia.** *Maligines Lymphogranulom 480.* — **Innere Sekretion. v. Korezinski.** *Hypothyreose 480.* — **Siegert.** *Thymushyperplasie 481.* — **Vaglio.** *Störungen der endokrinen Drüsen und Lues 482.* — **Verdauungstraktus. Lanz. ten Horn. Simin.** *Appendizitis 483.* — **Mayerhofer.** *Mesenterialer Darmverschluß 483.* — **Forcart. Dunn** und **Howell.** *Pylorusstenose 484.* — **Urogenitalsystem. Herzog.** *Pubertas praecox 485.* — **Grulee** und **Gaarde.** *Erkrankungen der Harnorgane bei Herdinfektionen 485.* — **Corica.** *Urotropinausscheidung 485.* — **Bewegungsapparat. Michelsen.** *Calvé-Perthes sche Krankheit 485.* — **Psychologie und Psychopathologie. Hamburger.** *Psychotherapie 486.* — **Fuchs.** *Intelligenzprüfung 486.* — **Erkrankungen des Zentralnervensystems. Stier.** *Neuropathisches Kind 486.* — **Stamm.** *Multiple Sklerose 487.* — **Coriat.** *Amaurotische familiäre Idiotie 487.* — **Stoffwechselkrankheiten. Feer.** *Lipodystrophia 487.* — **Umber.** *Karamose bei Diabetes 487.* — **Falta** und **Steinberg.** *Kohlehydratkur bei Diabetes 487.* — **Eichhorst.** *Diabetes im Anschluß an Vakzination 488.* — **Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen. Dietrich.** *Chondrodystrophie und Osteogenesis imperfecta 488.* — **Palmegiani. Vaglio.** *Achondroplasie 489.* — **Haut. Bloch.** *Dermatomykosen 489.* — **Bossert.** *Ichthyosis congenita 491.* — **Cozzolino.** *Mongolenflecke 491.* — **Mund, Nase, Ohr, Kehlkopf. Levinson.** *Krupp und Pseudokrupp 491.* — **Reiche.** *Plaut-Vincentsche Entzündungen 491.* — **Schere** und **Kutvirt.** *Mittelohrentzündung 492.* — **Chirurgie. Matti. Helbing.** *492.* — **Hagemann. Hohlfelder.** *492.* — **Narath-Hans.** *Hasenscharte 493.* — **Drachter.** *Verschluß der Kieferspalte 493.* — **Vogel.** *Albee sche Operation 494.* — **Tölken.** *Mastdarmvorfall 494.* — **Karl.** *Magenkarzinom 494.* — **Chiaravalloti.** *Fibromyxosarkom des Mesenteriums 494.* — **Orthopädie. Nußbaum.** *Klumpfuß 495.* — **Fischer** und **Barón.** *Spastischer Plattfuß 495.* — **Cramer.** *Skoliose 495.* — **Böcker.** *Angeborene Hüftverrenkung 495.* — **Mißbildungen. Löhnberg** und **Duncker.** *Defektbildung 496.* — **Fuhrmann.** *Duodenalatresie 496.* — **Rosati.** *Lumbalteratom und Rachischisis 496.* — **Vakzination. Voigt.** *Bericht 497.* — **Paul.** *Impfung und Impfergebnisse 497.* — **Hygiene und soziale Medizin. Klein.** *Jugendschutz 497.* — **v. Behr-Pinnow. Rissmann. v. Behr-Pinnow. Liefmann.** *Säuglingsfürsorge 498.* — **Berichte. Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde** *499.* — **Besprechungen. Jeanneret.** *La Tuberculose de l'enfant 499.* — **Fürst.** *Jahrbuch der Schulgesundheitspflege 500.* — **Dornblüth.** *Deutsches Erziehungsbuch 500.* — **Langstein** und **Rott.** *Der Beruf der Säuglingspflegerin 500.* — **Woerner.** *Hilfsbüchlein der Säuglingspflege.* **Riether.** *Schlagworte für die Säuglingspflege.* **Koekerols.** *Am Krankenbette.* **Theodor.** *Praktische Winke 500.* — **Croner.** *Therapie an den Berliner Universitätskliniken 501.* — **Ribbert.** *Lehrbuch der allgemeinen Pathologie 501.* — **Ascoli.** *Grundriß der Serologie 501.* — **Röntgen.** *Grundlegende Abhandlungen über die X-Strahlen 502.* — **Bach.** *Künstliche Höhensonne 502.*

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Namenverzeichnis.

Einar Aaser. Poliomyelitis in Lindaas 213.
Rudolf Abel. Bakteriologisches Taschenbuch 172, 186.
M. Abelmann. Angeborener Herzfehler 233.
Hans Abels. Fontanellenknochen 256.
R. v. Aberle. Kongenitaler Schiefhals 263.
Abrahams. Herzklappenerkrankung 233.
Hans Abramowski. Skrofulose- und Tuberkulosebekämpfung 226.
H. Abrand. Schleimpolyp im Nasopharynx 260.
Abrand und **Masson.** Zystischer Tumor der glosso-epiglottischen Furche 261.
S. Abromow. Veränderungen der Hypophyse bei Diphtherie 213.
Isaac A. Abt. Säureintoxikation 266.
H. J. Achard und **K. v. Ruck.** Spezifische Resistenz bei Tuberkulose 229.
Adams. Ursachen der Skoliose 424.
Adeline. Littlesche Krankheit 230.
E. Adler. Behandlung ruhrartiger Darmerkrankungen 459.
Erich Adler. Leukämie 183.
Julius Adler. Milchzuckerausscheidung 206.
Paul Adloff. Gebißentwicklung 259.
R. v. Aichbergeran und **A. Kutschera.** Therapeutische Tuberkulineinreibung 36.
J. Aikmann. Freiluftschule 427.
Aine und **Barbier.** Diphtheriestatistik des Hospitals Hérold 214.
L. W. Akssjonow. Salvarsanbehandlung des Scharlachs 213.
Francesco Alabrese. Scharlach 213.
Karl Alber. Behandlung der Diphtherie 179.
E. Albert-Weil. Radiographie tracheobronchialer Drüsen 239.
Hans Albrecht. Asthenischer Infantilismus 240.
Aldershoff. Präventive Typhusimpfung 298.
Cesare d'Alfonso. Kalkgehalt der Kuhmilch 81.
Algèr. Pneumonie 236.
Geo A. Allan. Tuberkulose Meningitis 305.
G. B. Allaria. Mongolenfleck 257.
Francis Olcott Allen. Intussuszeption 261.
F. Allport. Das zurückbleibende Kind 422.
Theodor Altschul. Geistige Ermüdung der Schulkinder 271 — Krieg und Jugendfürsorge 425.
Francesco Amenta. Angeborener Hydrozephalus 250.
Amesse. Epidemiologie der Poliomyelitis 416.
Amidieu. Stillen der Arbeiterinnen 267.
Amoss, Noguchi und **Flexner.** Poliomyelitiskeim 280.
H. L. Amoss und **S. Flexner.** Poliomyelitisgift 355.
Harold L. Amoss und **Simon Flexner.** Eindringen des Poliomyelitisvirus in die Zerebrospinalflüssigkeit 217 — Lokalisation des Virus und Pathogenese der Poliomyelitis 296.
Harold L. Amoss, Paul F. Clark und **Francis R. Fraser.** Virus der epidemischen Poliomyelitis 216.
Robert Amstad. Jodausscheidung 279.
P. Ancel und **P. Bonin.** Milchsekretion 82.
Andrews. Infantile Lähmung 251.
Kr. F. Andvord. Tuberkulose 226.
Ida Bosman-de Kat Angelino und **Margot A. J. Sannes-Sannes.** Schicksal von 740 Kindern 211.

A. Anlauff. Sopholprophylaxe 259.
G. Anton. Psychiatrische Vorträge 74.
G. Anton und **H. Zingerle.** Beiderseitiger Kleinhirnmangel 264.
R. G. Archibald. Emetinbehandlung der Dysenterie 213.
J. M. Arluck. Tuberkulose in der Schule 226.
R. R. Armstrong, F. J. Poynton und **D. N. Nabarro.** Chronische rekurrierende Diarrhöe 202.
Arnold. Eiweißmilch 413.
Walter Arnold. Orthotische Albuminurie 246.
Wilhelm Arnold. Refraktometerangaben 81.
Wilhelm Arnoldi, C. Meinert, Vollrath Thiele, Walter Schöne und **A. Oeser.** Milchversorgung norddeutscher Städte 85.
Alfred Arnstein. Durchbruch eines Aneurysmas 233.
Hans Aron. Bedeutung von Extraktstoffen für die Ernährung **359** — Salzsäurebindungsvermögen von Frauen- und Kuhmilch 81.
O. Aronsohn. Psychologischer Ursprung des Stotterns 52.
Marcel Le Févre de Arric. Wirkung von kolloidalen Metallen bei Infektionskrankheiten 196.
Asch. Degenerationsformen der Gonokokken 438.
G. Aschaffenburg. Handbuch der Psychiatrie 338.
Erich Aschenheim. Rachitis und Spasmophilie 55 — Quarkfettmilch 130, 198.
Salmar Aschheim. Mißbildung infolge amniotischer Stränge 264.
L. Aschoff. Oxyuren und Appendizitis 150.
Alberto Ascoli. Grundriß der Serologie 501.
L. d'Astros. Hirngeschwülste 251.
B. Auché. Milch tuberkulöser Frauen 204.
E. Ausset und **M. Breton.** Tuberkulöse Bazillämie 214.
August Auzinger. Alkoholreaktion der Milch 81.
Jakob Awerbuch. Antianaphylaxie 175.
L. Axenow. Mosersches Serum bei Scharlach 292.
S. Henri Ayers und **W. T. Johnson jun.** Abtötung der Bakterien in Milch durch ultraviolette Strahlen 81.
Ayrolles. Osteomyelitis 261.
Azéma. Ambulante Zerebrospinalmeningitis 214 — Schleimhauterkrankungen des Mundes 260.

Viktor Baar. Diagnose der Konstitution 212.
Babbitt und **Holt.** Mortalität der Neugeborenen in Anstalten 288.
Babonneix. Erbsyphilis und Gehirnleiden 230.
L. Babonneix und **L. Tixier.** Hemiplegie beim heredosyphilitischen Kinde 251.
Josef Bachauer. Diphtheriebekämpfung in Augsburg 214.
Juan Baelgalupo. Tuberkulöse Meningitis 469.
A. Baemeister. Tuberkulöse Infektion 226.
C. S. Bacon. Säuglingssterblichkeit durch den Geburtsakt 425.
Baggerd. Luftröhrenschnitt 398.
A. Baginsky. Verdauungsstörungen des älteren Kindes 447 — Therapie der akuten Pneumonie 473.
Adolf Baginsky. Nephritische Herzanomalie bei Scharlach 214 — Schulhygiene 427.
K. Bähr. Skrophuloderma des ersten Lebensjahres 351.
L. Bahr. Milchuntersuchungen 81 — Rosolsäureprobe 81.
Hans Bahrdt. Bibliographie der Kinderheilkunde 170.
H. Bahrdt und **F. Edelstein.** Flüchtige Fettsäuren in Säuglingsnahrung 198 — Energie- und Stoffwechsel 206.
Hans Bahrdt und **Stafford Mc Lean.** Flüchtige Fettsäuren im Darm 81, 198.
Hans Bahrdt, Bamberg, Edelstein und **Hornemann.** Ernährungsversuche mit Friedenthalscher Milch 81.
H. Bahrdt, F. Edelstein, P. Hanssen und **E. F. Welde.** Vermehrung von Bakterien und Bildung flüchtiger Fettsäuren im Magen 198.
Oskar Bail und **Felix Schleissner.** Schulmaßnahmen gegen übertragbare Kinderkrankheiten 271.
Bailey. Tuberkulose 226.
H. C. Bailey und **R. J. Murlin.** Energiebedarf des Neugeborenen 415.
Bailly. Obliteration der Arterien bei Diphtherie 214.

L. Baldenweck. Fremdkörper im Pharynx 260.
Kate W. Baldwin. Hydronephrose 246.
Halsey Jay Ball. Streptokokkerrachenerkrankung 260.
W. Girling Ball. Zyste des Zökums 242.
M. J. Ballin und **H. Heiman.** Sinusthrombose 326.
F. Balzer und **Mlle Landesmann.** Skrofulo-Tuberkulose 239.
Bamberg, Hans Bahrdt, Edelstein und **Hornemann.** Ernährungsversuche mit Friedenthalscher Milch 81.
Bandelier und **Roepke.** Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose 411.
J. Bandi. Gewicht des Neugeborenen und Ernährung der Mutter 15.
K. Banholzer. Einfluß des Nichtstillens auf das Schicksal 198.
Zoltán Barabás und **Alexius Reisz.** Fermente, die das Eiweiß des Diphtherieserums spalten 281.
H. Barbier. Übermäßiger Fettgehalt der Ammenmilch 198.
Barbier und **Aine.** Diphtheriestatistik des Hospitals Hérold 214.
Henry Barbier und **Maurice Cléret.** Atrophie der Säuglinge und angeborene Leberläsionen 10, 198.
Barkan. Infantile und juvenile Tabes 422.
C. B. Barker. Nasenverlegung 424.
W. M. Schirmer Barker. Anwendung des Blutserums immuner Individuen bei malignem Scharlach 214.
Seymour Barling. Henochsche Purpura 258.
Barnes. Schulaufsicht in Connecticut 427.
Joseph M. Baernreither. Staatsbürgerliche Erziehung 407.
L. Baron. Eiweißmilch 282.
Baron und **Fischer.** Spastischer Plattfuß 495.
Ernst Barth. Schularzt an höheren Lehranstalten 271.
Heinrich Barth. Physiologie des Saugens 198.
Karl Baerthlein und **Walter Huwald.** Säuglingsdarmkatarrh 198.
O. Bartholow. Kondensierte Milch 413.
J. Bartel. Bedeutung konstitutioneller Momente 212.
Barton. Postdiphtherische Lähmung 214.
Bartlett. Persistierendes Erbrechen und Rumination 198.
Bartlett und **Wollstein.** Tuberkulöse Läsionen 303.
Hugo Bartsch. Ernährungszustand bei Schulkindern 271.
Bass. Blutzucker 286.
Murray H. Bass. Kongenitale Malaria 214.
J. Basten. Bakterienflora des Säuglingsstuhles 82, 199.
Bataille. Pleuraverwachsung 236.
F. C. Batten. Ungewöhnlicher Verlauf von Poliomyelitis 295.
F. E. Batten. Poliomyelitis 214 — Gliom des Kleinhirns 251.
J. A. Baudouin. Säuglingssterblichkeit 267.
Felix Bauer. Kinderheilkunde und Immunitätsforschung 197.
J. Bauer. Prophylaxe der Diphtherie 214.
L. Bauer. Kochsalzstoffwechsel 206.
M. Baum. Fürsorge für nicht seßhafte Jugendliche 335.
Marie Baum. Soziale Arbeit 267 — Lage der Frauen in Hamborn 267 — Stilldauer 267 — Sorgt für die Kinder 267 — Kriegswochenhilfe 425.
Marie Baum und **St. Engel.** Grundriß der Säuglingskunde 410.
Marie Baumbach. Fürsorgetätigkeit 267.
Julio A. Bauza. Säuglingssterblichkeit in Uruguay 267.
Baxter. Appendizitis 242.
Karl Bayer. Ausgedehnte Nekrotomien 328.
Joseph Beard. Generalisierte Vakzine 266.
Beck. Rosenbachsches Tuberkulin 226.
Karl Beck. Kaseinkalziummilch 82, 199, 356.
S. C. Beck und **M. Mohr.** Papillitis nervi optici 230.
Becker. Behandlung des Scharlachs 214 — Erziehung der verlassenen und verwahrlosten Jugend 407.
Johannes Becker. Darminvagination 242.
Wilhelm Becker. Kurse zur Heranbildung von Lehrkräften 405.
Beckmann. Tumor der Nebenniere 240 — Frühreife 282.
H. Beer. Milch 82.

Sanel Beer. Papaverinbehandlung der Pertussis 214.
Van der Begert. Ausführung des Stillens 414.
Behla. Mortalitätsstatistik der Kindertuberkulose 226.
A. Behre. Mindestfettgrenze für Vollmilch 82.
R. Behrens. Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Baden 402.
E. v. Behring. Disposition und Diathese 212.
E. v. Behring und **Richard Hagemann.** Diphtherieschutzmittel „TA" 214.
v. Behr-Pinnow. Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit 498.
A. H. Beifeld. Krämpfe 422.
Petra Belem. Kriegsfürsorge 407 — Schutzaufsicht für Jugendliche 405.
C. C. Beling. Amyotonia congenita 251.
E. Bellingham Smith und **R. A. Chisolm.** Vergrößerung der Milz 246.
Belot. Physische Entwicklung 197.
Benda. Scharlach und Diphtherie 368.
Bendix. Diphtherie 368 — Akuter Gelenkrheumatismus 461.
M. Benecke. Altersbestimmung des Neugeborenen 211.
L. Benedek und **E. Hevesi.** Förstersche Operationen 252.
Francis G. Benedict und **Fritz B. Talbot.** Gasstoffwechsel 13, 135.
G. Benestad. Ernährungsbedingungen der Neugeborenen 15.
Georg Benestad. „Physiologische" Gewichtsabnahme 14 — Gewichtsverhältnisse Neugeborener 211 — Kolostrum 447.
A. Benfey und **L. Langstein.** Nierenkrankheiten 248.
Benjamin. Eiweißnährschaden des Säuglings 65 — Trikalkolkaseinmilch 443.
Erich Benjamin. Eiweißschaden 82.
R. Bensaude und **E. Sorrel.** Megakolon 242.
Sargnon Bérard und **Bessiére.** Grashalme in der unteren Bifurkation des rechten Bronchus 236.
Heymans van den Bergh und **Wiersma.** Meltzersche Methode 175.
G. Berghinz. Postdiphtherische Lähmungen und Serotherapie 214 — Ghonscher primärer Lungenherd 226.
Julius Bergmann. Masern während einer Scharlacherkrankung 214.
H. Bergmann. Kavernöse Lungentuberkulose 143.
Emmy Bergmann-Grunwald. Hemispasmus der Unterlippe 251.
Bergmark. Zuckerresorption und Blutzuckerspiegel 135.
Friedrich Bering. Lues congenita tarda 231.
William N. Berkeley. Verwendung der Zirbeldrüse 240.
Berkowitz und **Huber.** Lungenaktinomykose 237.
H. Berlin. Bakteriologische Diphtheriediagnose 452.
Bernhard. Einfluß der Sommerferien auf die Diphtherie- und Scharlachsterblichkeit 452.
S. Bernhard. Osmotischer Druck und Eiweißgehalt des Blutes 199.
E. P. Bernstein. Milzpunktion bei Splenomegalie 421.
Eugene P. Bernstein, Charles Herrmann und **Henry Roth.** Gaucher sche Krankheit 246.
Paul Bernstein. Bruchanlage bei Föten 210.
Charles White Berry. Ernährungstechnik bei Brustkindern 199 — Behandlung der Diarrhöe mit Kultur des Bac. bulgaricus 199.
Berthomieu. Pleuritis 236.
H. Bertin-Sans und **M. Gaujoux.** Reduktase der Kuhmilch 82, 204.
D. M. Bertrand. Darmflora bei Diarrhöen 199.
A. de Besche. Mixed viruses bei Tuberkulose 34 — Gleichzeitige Infektion mit Menschen- und Rindertuberkulose 418.
Frederic A. Besley. Elephantiasis lymphangiectatica 239.
Georg Bessau. Serumantianaphylaxie 281 — Tuberkulinüberempfindlichkeit und Tuberkulinunempfindlichkeit 299 — Tuberkulinbehandlung 466.
G. Bessau, J. Schwenke und **J. Pringsheim.** Masernantianaphylaxie 292.
Bessiére und **Sargnon Bérard.** Grashalme an der Bifurkation des rechten Bronchus 236.
H. Beumer. Thymus- und Lymphdrüsenabbau bei Abderhaldens Dialysierverfahren 353.

Hans Beumer. Dialysierverfahren Abderhaldens bei Rachitis und Tetanie 193.
W. W. O. Beveridge. Kondensierte Milch 82.
J. Wallace Beveridge. Eugenie 425.
Eugen Bibergeil. Familiäre Myopathie 233.
Ch. Bidot und **Nobécourt.** Azotämie und Aschengehalt der Fäzes 209.
Biebesheimer. Säuglingsernährung 199.
Mathilde de Biehler. Poliomyelitis in Polen 214.
Curt Bieling, Hans Roeder und **B. Spinak.** Geländebehandlung bei herzkranken Kindern 196.
Franz Bieling und **Richard Bieling.** Säuglingssterblichkeit in rheinhessischen Landgemeinden 267.
Richard Bieling. Einfluß von Extrakten endokriner Drüsen 163, 240.
Richard Bieling und **Franz Bieling.** Säuglingssterblichkeit in rheinhessischen Landgemeinden 267.
Gertrud Bien. Raynaudsche Krankheit 258 — Partieller Sternaldefekt 264.
Gertrude Bien und **Wilh. Knöpfelmacher.** Nabelkoliken und Ulcus duodeni 243 — Nabelkoliken 421.
Willy Bierer. Hausindustrielle Kinderarbeit im Kreise Sonnenberg 171.
Alice Biester und **Ruth Wheeler.** Nährwert einiger Kinderpräparate 204.
Rudolf Billek. Kinderschutz- und Rettungsgesellschaft in Wien 404.
Wilhelm Binder. Biorisation und Enzymamilch 82.
Frederick J. Birchard und **Donald D. van Slyke.** Aminogruppen der Eiweißkörper 87.
E. Bircher. Förstersche Operation bei spastischen Zuständen 56.
C. S. Bird. Eugenie 267.
G. Biro. Zusammensetzung der Schafmilch 82.
L. Bittner. Mastisol bei Impfung 59.
W. Bittner. Akute typhöse Gallenblasenentzündung 26.
R. A. Black. Bakterielle Verdauungsstörungen 413.
Blackfan und **Dandy.** Hydrozephalus 320.
Blackfan und **Thomas.** Rezidivierende Meningitis 423.
E. Blanck. Milcheiweißstoffe als Stickstoffdünger 82 — Fettbestimmungen im Rahm 82.
Kurt Blaum. Bekämpfung der Mißstände im Kostkinderwesen 267, 331.
Blechmann. Blutentnahmen und intravenöse Injektionen 127.
Germain Blechmann. Biersche Glocke zur Blutentnahme 193 — Technik der Blutentnahme 193 — Behandlung hereditärer Syphilis 231 — Perikarditis 233.
Germain Blechmann und **Maurice Delort.** Luetinreaktion 231.
Bloch. Dermatomykosen 489.
Ernst Bloch. Intelligenzprüfung nach Binet-Simon 249.
Marcel Bloch, J. Hallé und **Foix.** Hemiplegie bei Diphtherie 218.
Freiherr von Blomberg. Hydrozephalus 251.
W. R. Bloor. Fettbestimmung in Milch 82.
Kurt Blühdorn. Paratyphus 27, 215.
N. Blumenau. Moro-Doganoffsche Reaktion 226.
Harald Boas. Kongenitale Syphilis 231.
Harald Boas und **Henning Rönne.** Familiäre Syphilis bei parenchymatöser Keratitis. 231.
Bobillier. Amöbendysenterie 215.
C. Bobillier und **A. Lesage.** Amöbendysenterie 220.
André Bocage. Stillen an einer Brust 199.
W. Böcker. Angeborene Hüftverrenkung 495.
M. Boekhorn. Exsudativ-lymphatische Diathese 18, 212 — Filariablutbefunde 478.
Paul Bode. Familiäre Disposition bei Scharlachnephritis 24.
K. E. Boehncke und **Richard Koch.** Veränderungen an der Hypophysis cerebri durch Diphtherietoxin 240.
Du Bois und **Neal.** Meningitis 319 — Streptokokkenmeningitis 422.
Johann v. Bókay. Hydrozephalus internus 320 — Heilungsmöglichkeit der Meningitis tuberculosa 144.
Z. v. Bókay. Persistierender Truncus arteriosus communis 147 — Alveolardiphtherie 215, 351.
D. B. Boks. Angeborenes, familiäres trophisches Ödem 233.

W. Boldyreff. Azidität des Mageninhaltes 206.
G. C. Bolten. Wesen und Behandlung „genuiner" Epilepsie 53.
Otto v. Boltenstern. Döhlesche Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 215
Josef Bondi. Gewicht des Neugeborenen 211.
P. Bonin und **P. Ancel.** Milchsekretion 82.
E. Bonnaire. Gesetz Paul Strauss' 267.
E. Bonnaire, C. Durante und **G. Ecalle.** Perforierendes Duodenalulkus 242.
A. Bonnet-Laborderie. Gastrointestinale Hämorrhagie 211.
v. Bonsdorff. Finnländischer Gesetzentwurf über uneheliche Kinder 267
Philip Boobbyer. Fürsorgestellen 267.
A. Bookman. Stoffwechsel bei Osteogenesis inperfecta **126.**
F. Börger. Arachnodaktylie 68.
Chaja Borzekowska-Lewin. Gioblastisches Sarkom des Kleinhirns und der Brücke 251.
Alfred Bosler. Nierenfunktionsprüfung 246.
L. Bossart. Ekzemhausepidemie nach Vakzination 329, 351.
Otto Bossert. Ichthyosis congenita 491.
A. W. Bosworth. Frauenmilch 415.
Bosworth und **Bowditch.** Kasein 199.
A. W. Bosworth und **H. J. Bowditch.** Approximative Bestimmung der Milchzusammensetzung 82.
Alfred W. Bosworth und **Lucius L. van Slyke.** Wirkung des Natronzitrates auf Lab 82.
Bosworth, Bowditch und **Ragle.** Kasein 199.
A. W. Bosworth, H. I. Bowditch und **B. H. Ragle.** Molke 414.
Boulanger. Blinddarmentzündung 242.
A. Boulois und **E. Lambling.** Hungerazetonurie 208.
M. Bourgeois. Hämatogene Tuberculosis verrucosa cutis 351.
Bourton. Erziehung des tauben Kindes 250.
T. Le Boutillier. Thymushypertrophie und Thymustod 310 — Salvarsantherapie 419.
Gustave Boutin. Die Räume des Arztes in den Etablissements d'enseignement secondaire 271.
Max Bouvaist und **Charles Roederer.** Radiusdefekt 265.
Bowditch und **Bosworth.** Kasein 199.
H. J. Bowditch, A. W. Bosworth. Approximative Bestimmung der Milchzusammensetzung 82.
Bowditch, Bosworth und **Ragle.** Kasein 199.
H. I. Bowditch, A. W. Bosworth und **B. H. Ragle.** Molke 414.
John T. Bowen. Pasteurisierte Milch und Rahm 82.
Bowman. Kinderschutz in der Schule 427.
Sidney Boyd. Verletzung des Nervus medianus 251.
E. J. Boyd und **H. D. Rolleston.** Addisonsche Krankheit 241, 310.
Georges Brabois. Chorea 251
T. S. Bradburn. Sepsis vom Munde ausgehend 260.
W. N. Bradley. Angeborene Mißbildung beider Hände und Füße 424 — Verhältnis des Kinderarztes zur Gemeinde 425.
Brady. Hämophilie der Neugeborenen 420.
F. Brandenberg. Seltene Mißbildungen 264 — Familiäres Auftreten von Bluterkrankungen 476.
Brandes. Osteochondritis deformans 395.
Artur Brauer. Gewichtsverhalten Neugeborener 211.
Braun. Agalaktie 82.
Wilhelm Braun. Diphtheriebekämpfung 22, 215.
Robert S. Breed. Zellkörper in Milch 82.
Breiger. Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit künstlichem Lichte 383.
M. Brelet. Herzleiden 233.
W. Bremme. Selbststillen von Großstadtmüttern 158.
William A. Brend. Mortalität durch Verbrennung 334.
Brennemann. Rheumatismus 215.
Prescott Le Breton. Skoliose 424.
M. Breton und **E. Ausset.** Tuberkulöse Bazillämie 214.
Fritz Breuning. Paratyphus 27, 215.
H. Breyer. Sommersterblichkeit in Leipzig 199.

L. Brieger. Hydrotherapie und Infektionskrankheiten 354.
A. Brinckmann. Dermographismus **165**, 351.
Z. Brind. Riesenwuchs 240.
Theodor Brinkmann. Abmelkbetrieb 82.
Brion. Akute Koloninvagination 242.
A. Briot. Immunisierung 82.
Brisson. Wassermannsche Reaktion und Salvarsan 231.
J. W. Brittlebank. Milchversorgung 206.
Brix. Situs inversus totalis 264.
Aug. Broca. Osteomyelitis des Oberkiefers 261.
Auguste Broca und **Marie Houdré.** Abbottsche Skoliosenbehandlung 263.
Broca und **Philbert.** Osteomyelitis 261.
A. Broca, H. Salin und **Raoul Monod.** Angeborene Halsfistel 264.
Heinrich Broekmann. Pseudomeningitis bei tuberkulösen Kindern 305.
Arthur W. Brodribb. Purpura 258.
Brodsky. Laktation der Ammen 441.
Louis Brot. Tendovaginitis der Syphilis heredit. praecox 231.
B. Brouwer. Partielle Anenzephalie 264.
Brown. Status lymphaticus 416.
Brown und **Campbell.** Säuglingssterblichkeit 267.
A. Brown und **L. B. Robertson.** Bluttransfusion 413.
Alan Brown und **Walter F. Chappell.** Infektionen der Atmungswege 215.
Herbert R. Brown und **Theobald Smith.** Atoxische Stämme von Diphtheriebazillen 128.
J. H. Brown und **T. Smith.** Streptokokken bei Tonsilitisepidemien 285.
A. W. Bruck. Säuglingsfürsorge in Kattowitz 425.
Franz Bruck. Paterne Vererbung der Syphilis 231.
Viktor Brudny. Sediment der Leukozytenprobe 82.
J. Brudzinski. Scharlachbehandlung mittels Antistreptokokkenserum 215.
Gustav Brühl. Fürsorge der Stadt Berlin für schwerhörige und taube Schulkinder 271.
de Bruin. Amaurotische Idiotie 336.
F. E. Brundage. Behandlung des Nährschadens 414.
R. Brunier. Diagnose der Alopezie 258.
Hermann Brüning. Entwicklung neugeborener Tiere bei längerdauernder Trennung von der säugenden Mutter 1.
Brüning und **Leebler.** Rostocker Kinderklinik 404.
H. Brünning. Tagkrippe 425.
E. Bruusgaard. Disseminierte Hauttuberkulose 226, 351.
De Bruys. Amöbendysenterie 420.
John Bryant. Kränklichkeit der Kinder 191.
Buchwald. Arthritis des Schultergelenkes 261 — Juvenile Arteriosklerose 246.
Richard Buchwald. Defekt des Septum nasi bei Lues hereditaria 231 — Lues hereditaria mit Hemiparese und beginnender Atrophie beider Sehnerven 231.
Jens Bugge. Albuminurie 246.
Karl Ernst Bührer. Amniotische Amputation 264.
O. Bujwid. Dysenterieserum 459.
Bulmer. Milchpasteurisierung 415.
H. N. Bundesen. Schicksche Reaktion 290.
Bundting, Yates und **Kristjanson.** Ätiologie der Bantischen Krankheit 309.
G. v. Bunge. Zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen 74.
Leo Burgerstein. Schulhygiene 271.
John Burns. Säuglingssterblichkeit 267.
A. Burr und **H. Weise.** Gehalt frischen Butterfettes an Fettsäuren 82 — Homogenisierte Flüssigkeiten 82.
J. J. Burrel, M. E. Pennington, J. S. Hepburn, E. Ch. St. John, E. Witmer und **M. O. Stafford.** Bakteriologische und fermentative Veränderungen der Milch 86.
Ed. Büsing. Zusatz von Rindergalle zum Diphtherienährboden 196.
Busson, Kirschbaum und **Staniek.** Diplococcus lanceolatus in Pemphigusblasen 5, 215.
Wilhelm Buttermilch. Bakterientypen bei Nasendiphtherie 215.
Georg Büttner. Wortblinde Kinder 251.

Butzner. Krampfileus 150.
Buxton. Angeborene Augendefekte 423.
Z. Bychowski. Poliomyelitis 215.

Ernesto Cacace. Schulhygienischer Überwachungsdienst in Italien 271.
Cadenaule. Säuglingsfürsorge in Bordeaux 267.
C. E. Caldwell. Geschwülste des Halses 261.
W. G. Mc Callum und **Karl M. Vogel.** Tetanie 212.
A. Calmette. Bovine Tuberkulose 226.
Jaques Calvé. Abbottsche Methode 263.
Hector Charles Cameron. Diathesen im Säuglingsalter 212 — Stillunfähigkeit 282.
Janet Campbell. Unterricht der Mädchen in der Säuglingspflege 271.
Campbell und **Brown.** Säuglingssterblichkeit 267.
Campergue. Kongenitale Zyanose 233. .
Jean Camus. Psychische Anorexie 251.
Canat. Spinale Kinderlähmung 251.
D. van Caneghem. Noma 260.
S. Cannata. Hydrozephalus und hereditäre Syphilis 251 — Cholesteringehalt des Blutes bei Syphilis 419 — Cholesterin im Blutserum bei Lues 470.
S. Cannata und **G. Caronia.** Eitrige Erkrankungen der Harnwege 247.
Collatino Cantieri. Cholesterinbehandlung von Anaemia splenica 43, 238.
Cantrainne und **Deléarde.** Hereditär-syphilitische spastische Paraplegie 231.
Capps und **Davis.** Septische Angina der infizierten Milch 134.
Lauro Cantalamessa Carboni. Knochenbrüchigkeit und blaue Sklera 249.
A. J. Carlson, H. Ginsburg und **I. Tumpowsky.** Auftreten des Hungers 284.
G. Caronia. Antikörper im Blutserum scharlachkranker Kinder 215 — Fieberkurven bei Leishmaniosis 215 — Spezifische Agglutinine und Präzipitine bei Leishmaniosis 215 — Anaemia splenica 238. — Perforation verkäster Lymphdrüsen 239 — Malignes Lymphogranulom 480.
G. Caronia und **S. Cannata.** Eitrige Erkrankungen der Harnwege 247.
G. Caronia und **G. di Cristina.** Anaphylaktische und antianaphylaktische Zustände bei Kindertuberkulose 226, 227 — Therapie der Leishmaniose 416, 463.
O. W. Carpenter. Intubation 416.
Carr. Neugeborene 416.
Carretier. Akute Enteritis und Hemiplegie 10 — Enteritis und Hemiplegie 242.
Carrieu. Masernepidemie 215.
Carrison. Unklarer Rheumatismus 416.
Normann C. Carver. Keuchhustenähnliche Epidemie 215.
Julius Cassel. Poliomyelitis und Polioenzephalitis 215.
Cassoute. Wassermannsche Reaktion 193.
Cassoute und **Charles Roche.** Gonorrhoische Ophthalmie 259.
O. L. Castle. Primäres Leberkarzinom 245.
Castro. Erythrocyturia minima 247.
Aloysio de Castro. Angeborene Fazialislähmung 251.
Richard Caton. Städtische Säuglingsfürsorge 267.
Henry Caubet. Falsche Koxitiden 249.
Edmund Cauntley. Das neurotische Temperament 251.
Francesco La Cava. Leishmaniosis interna 215.
Giuseppe Cavagnis. Innere Sekretion der Brustdrüsen 240.
Cazaux. Orchidopexie 247.
I. Cemach. Chirurgische Diagnostik 190.
Chadwick. Tuberkulöse Zervikaladenitis 418.
Abdel Hamid el Chafei. Eitrige tuberkulöse Pleuritis 228.
Joseph Chalier und **Maurice Péhu.** Akute Leukämie 238.
A. K. Chalmers. Mortalität in den ersten Lebenswochen 425.
Philip S. Chaneeller. Hemiparese und Hemiplegie bei tuberkulöser Meningitis 226.
Ph. S. Chancellor und **W. B. Mc Clure.** Diastatische Wirkung des Kinderharns 207.

Chapin. Säuglingsernährung 199 — Abdominaltyphus 215 — Hospitalismus 425.
Walter F. Chappell und **Alan Brown.** Infektionen der Atmungswege 215.
C. C. Charlton. Akute Mittelohrentzündung 424.
E. Chasseray. Myokarditisches Syndrom und Nebenniereninsuffizienz bei Typhus 215.
C. Chatelin. Plötzlicher Tod eines erbsyphilitischen Kindes 231.
Charles Chatelin. Diagnose der Anenzephalie 251.
Chatelin und **Variot.** Verlust der Knochensubstanz des linken Os parietale 255 — Dextrokardie und Infantilismus 230.
A. Chauffard. Kongenitaler hämolytischer Ikterus 245.
Chauvet. Mortalität bei Masern 138.
L. Cheinisse. Pyelitis 247.
Cherry. Diagnose und Behandlung der Meningitis 422.
Chevalier. Fraktur des Stirnbeins 211.
F. Chevrel. Chylöse Pleuritis 236.
Chevrier. Behandlung der Schrunden 261.
L. Chiaravalloti. Leukozytäre Formel bei hereditärer Syphilis 231 — Fibro-myxo-Sarkom 424 — — Fibro-myxo-Sarkom des Mesenteriums 494.
H. Chiari. Spina bifida occulta 264 — Fötale Erythroblastose 287.
R. A. Chisolm. Spastische Diplegie 251.
R. A. Chisolm und **E. Bellingham Smith.** Vergrößerung der Milz 246.
v. Chlumsky. Mesbébehandlung bei chirurgischer Tuberkulose 468.
Joseph Christ. Zapfenzähne 324.
E. Christeller. Variabilität des Bacillus bulgaricus 83.
S. A. V. Christiphine. Cholera infantum 414.
Churchill. Amme in der Hospitalpraxis 282.
Mc Clanahan. Pflege schwächlicher und frühgeborener Säuglinge 277.
H. M. Mc Clanahan und **J. C. Moore.** Stuhluntersuchung 414.
C. F. Clark. Angeborener Star 423.
W. M. Clark. Reaktion der modifizierten Kuhmilch 285.
H. C. Clark und **Alfred G. Farmer.** Kongenitale Schilddrüsenzyste 240.
H. C. Clark und **I. N. Gates.** Treponema pallidum im Blut 419.
Paul F. Clark, Francis R. Fraser und **Harold L. Amoss.** Virus der epidemischen Poliomyelitis 216.
K. Classen. Kinderfürsorge der Hanseatischen Landesversicherungsanstalt 267.
Henry Claude und **J. Rouillard.** Rachitis durch Thyreoidektomie der Eltern 256 — Rachitis und Knochendystrophien 256.
Mc Cleave. Rindertuberkulose und Kindertuberkulose 226 — Verhütung der Tuberkulose 418.
Thomas C., Mc Cleave. Akute Azidosis 207.
Clément, Rouèche und **Sorel.** Wiederholung des Scharlachs 216.
Maurice Cléret und **Henry Barbier.** Atrophie der Säuglinge und angeborene Leberläsionen 10, 198.
M. Cléret und **A. Lesage.** Pathologische Anatomie der Atrophie 201.
Malvern B. Clopton. Appendizitis 420.
E. S. Clouting. Neuritis optica bei Keuchhusten 423.
William B. Mc Clure. Nervöses Erbrechen 199.
W. B. Mc Clure und **Ph. S. Chancellor.** Diastatische Wirkung des Kinderharns 207.
George Morrison Coates. Knöchelchen im Ösophagus 242.
Coble. Schulhygiene 271.
L. Concetti. Kongenitale Meningitis 216.
E. A. Cockayne. Hemiplegie mit Nävus 251.
Gerhard Hutchison Cocks. Resultate von Tonsillenoperationen 239.
Cody. Mittelohrkomplikationen der Masern 216.
Karl Colbert. Pikkolo 405.
Herbert P. Cole. Hydrozephalus 251.
Sidney William Cole. Schätzung des Milchzuckers und Glykose 83.
Rufus Cole und **A. R. Doches.** Pneumonie 236.
Cole und **Ruh.** Pemphigus neonatorum 140.
W. H. Colemann. Erbsche Lähmung 422.

Arthur N. Collins. Harnsteine 247.
J. A. Colliver. Pirquetsche Probe 299.
Combe. Magendarmaffektionen 199.
J. Comby. Heilbare meningeale Zustände 251.
Jules Comby Vakzinebehandlung des Typhus 216 — Akute Enzephalitis 252 — Zahnung 259.
Comby und **Condat.** Zerebrospinalmeningitis 141 — Gonokokkenvakzine bei Vulvovaginitis 27 — Vulvovaginitis 351.
J. Comby und **Mlle Condat.** Antigonokokkenvakzine 247.
Commandeur. Gastrointestinale Hämorrhagie 242.
P. Como. Tierblutkohle bei Typhus und Paratyphus 434.
Condat und **Comby.** Gonokokkenvakzine bei Vulvovaginitis 27 — Zerebrospinalmeningitis 141 — Vulvovaginitis 351.
Mlle Condat und **J. Comby.** Antigonokokkenvakzine 247.
Erich Conradi. Chondrodystrophia foetalis hypoplastica 55 — Lymphogranulomatosis maligna 478.
J. Basil Cook. Einfluß des Trinkwassers auf die Zahnkaries 259.
Leslie H. Cooledge und **Leroy S. Palmer.** Laktochrom 86.
Cordier. Debilität der Säuglinge 191.
Richard Cords. Antiqua oder Fraktur 271.
Coriat. Hysterische Phänomene 252.
I. H. Coriat. Amaurotische familiäre Idiotie 487.
A. Corica. Hochsingersche Zeichen 239.
Antonino Corica. Abderhaldensche Reaktion 193.
A. Corica. Pyrodinanämie 420, 478 — Ausscheidung des Urotropins 485.
John C. da Costa. Vergrößerung der Tracheobronchialdrüsen 239.
Cour. Sarkom des Schulterblattes 261.
Courtade. Thoraxmessungen 191.
A. M. Courtney und **H. L. Fales.** Ausscheidung des Magnesiumsulfates 287.
A. M. Courtney, L. E. Holt und **H. L. Fales.** Chemische Zusammensetzung diarrhoischer Stühle 287.
J. W. Courtney und **H. B. Eaton.** Myatonia congenita 252.
John Cowan, Arch. W. Harrington und **J. W. Riddell.** Pneumoperikard 236.
David Murray Cowie. Serumkrankheit 6, 191.
O. Cozzolino. Maltafieber 463.
Olimpio Cozzolino. Pirquetreaktion beim Keuchhusten 194 — Mongoloide Idiotie 252 — Mongolenflecke 258, 423, 491.
J. Mc Crae. Milch 83.
John Mc Crae. Nephritis nach Scharlach 216.
Craige. Der Säugling 414.
Robert Craik. Hefeinfektion 199.
Cramer. Syringomyelie 252.
O. Cramer. Skoliosenbehandlung nach Abbott 495.
Crampton. Schulzimmerstaub 271.
Crandall. Behandlung der Sommerdiarrhöen 199.
Floyd M. Crandall. Endokarditis 233.
Creeley. Keim der Pocken, Windpocken und Kuhpocken 128.
G. di Cristina. Eiweißmilch 199. — Respirationsstoffwechsel bei Heliotherapie 207 — Chlorom 238 — Infantile Anämie 238.
G. di Cristina und **G. Caronia.** Anaphylaktische und antianaphylaktische Zustände bei Kindertuberkulose 226, 227 — Therapie der Leishmaniose 416, 463.
Croizier. Fötale Wassersucht 210.
Wilhelm Croner. Therapie an den Berliner Universitätskliniken 501.
F. B. Cross. Zerealien in der Milchmodifikation 414.
A. Crotti. Pylorusstenose 420.
Ralph H. Crowley. Schulhygienische Bewegung in England 271.
René Cruchet. Tuberkulose 227.
Crulee und **Moody.** Goldchloridreaktion der Zerebrospinalflüssigkeit 276.
Louis Cruveilhier. Säuglingsfürsorge 159, 267.
J. P. Cullen. Lungentuberkulose beim Kind 418.
A. Cullerre. Neuropathische Kinder 252.
H. H. Cummings. Weilsche Krankheit 417.
Fritz Cuno. Primäre Anaphylaxie bei wiederholter Diphtherieheilseruminjektion 197.
W. T. Mc Curry. Entfernung der Tonsillen 239.

H. Curschmann. Spasmophilie und Epilepsie 252.
Mlle Rose Cyclinare. Tetanie 212.
Edgar F. Cyriax. Mechanotherapie bei Poliomyelitis 295.
Ad. Czerny. Zirkulationsstörungen bei akuten Ernährungsstörungen 284 — Keuchhusten 297.
Adalbert Czerny. Bedeutung der Konstitution für Infektionskrankheiten 212.

P. de Dagher. Barlowsche Krankheit 255.
Arnold G. Dahlberg und **L. A. Rogers.** Milch 86.
M. Damask und **Schweinburg.** Tierversuch durch Milzimpfung bei Tuberkulose 465.
Dandy und **Blackfan.** Hydrozephalus 320.
Davezac. Säuglingsdiarrhöe 199.
O. David. Akute primäre diphtherische Lungenentzündung 43.
James A. Davidson und **Reginald Miller.** Nervöse Komplikationen der Varizellen 221, 293.
Haldin Davis. Psoriasis 323.
Davis und **Capps.** Septische Angina der infizierten Milch 134.
A. A. Day und **J. R. Gerstley.** Sommerdiarrhöe 285.
G. E. Day. Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit 425.
George H. Day. Kongenitale Syphilis 231.
John Marshall Day. Heimkehrfälle von Scharlach 216.
A. v. Decastello und **E. Maixner jr.** Verhältnis der Leukozyten- und Blutplättchenzahlen 476.
H. Deist. Bazillenträger bei Diphtherie 216.
Albert Delcourt. Hautemphysem bei Masern 216.
Deléarde und **Cantrainne.** Hereditär-syphilitische spastische Paraplegie 231.
Delefosse. Säuglingsfürsorge in England 267.
Jos. Dellcheff. Prophylaxe gegen Difformität 263.
M. Delort und **H. Dorlencourt.** Bedeutung der Mineralsubstanzen 207.
Maurice Delort und **Germain Blechmann.** Luetinreaktion 231.
Maur. Delort und **Jacq. Stiassnie.** Zerebrospinalmeningitis 216.
K. Delyannis. Diphtheriebekämpfung 19.
Dennett. Gekochte Milch 282.
François Deresse. Ursachen des Nichtstillens 199.
Paolo Desderi. Bazilläre Dysenterie 216.
Dessauer und **Wiesener.** Kompendium der Röntgenaufnahme 412.
Elise Dethlof. Kinder aus tuberkulösen und nicht tuberkulösen Familien 301.
H. Determann. Vegetarische und fleischarme Ernährung 283.
M. Deussen. Epidemiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung 216.
Deutsch. Sterilisierapparat 402.
Ernö Deutsch. Sozialhygienische Versorgung der abnormen Kinder 406.
A. Devarda. Alizarolprobe in Milch 83.
Louis Devraigne. Kind in den ersten zwei Lebensjahren 191.
Dick und **Henry.** Anärobische Kulturen bei Scharlach 216.
Dickson. Subakute Leberatrophie 314.
Rudolf Dienemann. Zystitis 247.
Max Dietlein. Halbseitiger Riesenwuchs 256.
A. Dietrich. Hypoplasie des Kleinhirns 252 — Chondrodystrophie und Osteogenesis imperfecta 488.
Helene Dihle. Kinderpflege 195.
Disqué. Milch 447.
F. Ditthorn und **W. Schultz.** Antigenbehandlung des Typhus 457.
Dixon. Säuglingsernährung 199.
E. Döbeli. Sammelreferat über Ernährung und Ernährungstherapie 199.
G. Doberauer. Darmverschluß durch Spulwürmer 48, 242.
A. R. Dochez und **Rufus Cole.** Pneumonie 236.
Dodd. Röntgenstrahlen bei Tuberkulose 227.
H. Dolega. Mongoloide Idiotie 252.
A. Döll und **R. v. Fellenberg.** Biologische Beziehungen zwischen Mutter und Kind 192.
A. Dollinger. Bromoderma tuberosum 196, 351.
R. Dons. Reduktaseprobe 83.
H. Dorlencourt und **M. Delort.** Bedeutung der Mineralsubstanzen 207.
H. Dorlencourt und **H. Edelmann.** Konstitutionelle Obstipation 200.

H. Dorlencourt, A. B. Marfan und **Fr. Saint-Girons.** Mineralstoffverluste durch den Stuhl 136, 208.
Eugen Doernberger. Schulärzte an höheren Schulen 75, 271.
Otto Dornblüth. Deutsches Erziehungsbuch 500.
Van Dorp. Sonnenbehandlung bei chirurgischer Tuberkulose 181.
Dowd. Empiem 236.
R. Drachter. Friedmannsches Heilmittel bei chirurgischer Tuberkulose 38, 161 — Gaumenspalte 493.
Richard Drachter. Peritonitis 242.
Ernst G. Dresel und **Fritz Marchand.** Ruhrinfektionen 216.
Richard Drews. Kuhmilchgewinnung 359.
G. L. Dreyfuss. Salvarsannatrium 436.
J. Dreyfuss. Schularzttätigkeit und Krieg 271 — Ernährungszustand und Konstitution der Schulkinder 427.
G. L. Dreyfus und **Joh. Schürer.** Postdiphtherische Polyneuritis 23, 216, 369.
Georg Dreyfus und **Waldemar Unger.** Antitoxinüberschwemmungs- und Narkosetherapie bei Tetanus 374.
Drysdale. Juvenile Psychosis 252.
Phebe L. Dubois. Josephine B. Neal und **A. Zingher.** Experimentelle Poliomyelitis 216.
E. Dubourg. Tracheo-Bronchialdrüsentuberkulose 227.
Edgard Dubourg. Gemischte Meningitis 252.
E. Dubourg und **E. Spéder.** Latente Bronchialdrüsentuberkulose 230.
P. Dufour. A. Pic und **P. Durand.** Kongenitale Zyanose 235.
Dufourt und **Weill.** Reaktion des Stuhles 133.
A. Dufourt und **E. Weill.** Reaktion der Stühle 210.
Dumont. Pathogenese der akuten hämatogenen Osteomyelitis 51.
Israel-Ber Dunajewsky. Tibiadefekt 264.
Fritz Duncker und **Ernst Löhnberg.** Angeborene Defektbildung sämtlicher Extremitäten 496.
Wilhelm Dünkeloh. Patellarluxation 261.
H. G. Melville Dunlop. Empyem 42, 236.
Dunn. Diagnose und Prognose der angeborenen Herzfehler 147.
C. H. Dunn. Fettindigestion 414.
Charles Hunter Dunn. Herzkrankheiten 233.
C. H. Dunn und **W. W. Howell.** Diagnose und Behandlung der Pylorusstenose 484.
L. Dünner. Angeborene Herzfehler 233.
Pedro Ernesto Duprat. Kongenitaler familiärer Priapismus 231.
P. Durand, A. Pic und **P. Dufour.** Kongenitale Zyanose 235.
M. Durandard. Labfermente des Rhizopus nigricans 83.
G. Durante, E. Bonnaire und **G. Ecalle.** Perforierendes Duodenalulkus 242.
Ernst Dusehak. Paralysis agitans 252.
A. Dutoit. Beziehungen der Ernährung zur Muttermilch 200 — Typhus 216.
Johann Dvořák. Mutterschutz und Sozialversicherung 267, 403. — Kinderschutz im Kriege 408.
A. L. Dykes. Färbung der Iris in Beziehung zu Morbidität und Mortalität 291.

Eastman. Poliomyelitis 216.
H. B. Eaton und **J. W. Courtney.** Myatonia congenita 252.
Roman Ebert. Luxatio humeri 261.
E. D. Ebright. Appendizitis 420.
G. Ecalle, E. Bonnaire und **G. Durante.** Perforierendes Duodenalulkus 242.
H. Eckert. Säuglingsfürsorge in Unteroffiziersfamilien 332.
Hans Eckert. Ursachen und Wesen angeborener Diathesen 187.
C. H. Eckles und **Leroy S. Palmer.** Karotin 86 — Pigmente des Milchfettes 86.
F. Edelstein und **H. Bahrdt.** Flüchtige Fettsäuren in Säuglingsnahrung 198 — Energie- und Stoffwechsel 206.
H. Edelmann und **H. Dorlencourt.** Konstitutionelle Obstipation 200.
Edelstein, Bamberg, Hans Bahrdt und **Hornemann.** Ernährungsversuche mit Friedenthalscher Milch 81.
F. Edelstein, H. Bahrdt, P. Haussen und **E. F. Welde.** Vermehrung von Bakterien und Bildung flüchtiger Fettsäuren im Magen 198.
E. Edie. Hitzbeständigkeit von Trypsin 83.

Ernst Effler. Tuberkulosebekämpfung 227.
W. Egerl. Kontrastphänomen bei lokaler Tuberkulinapplikation 35.
Egert. Kongenitale Sklerodermie 258.
Kornelius Egger. Scharlachrot bei Mittelohreiterungen 260.
Samuel G. Ehrenreich. Vorhofsflimmern 233.
H. Eichhorst. Eitrige Pneumokokkenmeningitis 461 — Diabetes melitus 488.
Hermann Eichhorst. Scharlach und Erythema nodosum 217, 366.
Eichloff. Melkmaschine Omega 83.
D. N. Eisendrath und **A. A. Strauss.** Akute Abdominalerkrankungen 420.
Mary Eisenstaedt. Säuglingssterblichkeit 425.
E. Eisner. Bedeutung des Neutralschwefels 207.
Gustav Elfert. Säuglingsfürsorge in Aachen 267.
Elterich. Pyurie 247.
Theodore Ely. Leberzirrhose 245.
Emerson. Spalte des harten und weichen Gaumens 328.
Wm. R. P. Emerson. Abgemessene Nahrungsmengen 200.
Rudolf Emmerich und **Oskar Loew.** Kalkmangel 207.
E. Emrys-Roberts. Status lymphaticus 213.
Am Ende. Straßenstaub im Bereiche der Krankenhäuser und Schulen 271.
Engel. Harnentleerung 165 — Dosierung von Arzneimitteln 196 — Bronchialdrüsentuberkulose 227 — Skrofulose 227 — Harnabscheidung 360.
St. Engel und **Marie Baum.** Grundriß der Säuglingskunde 410.
Engelhard. Ophthalmoplegische Migräne 325.
C. T. Engelhard. Gehäufte kleine Anfälle 252.
Leopold Engelhardt. Milchverkaufssystem 83.
Guido Engelmann. Liegendtragen und die Häufigkeit der Linksskoliosen 58, 263.
English. Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit 425.
Ennett. Defekte und Krankheiten der Schulkinder 272.
Eugen Ense. Vulvovaginitis gonorrhoica 247.
Eppinger. Familiärer Ikterus 245.
Epstein. Unterricht in Kinderheilkunde 191.
A. Epstein. Sommerdurchfall 11.
Alois Epstein. Blattern und Impfung in Böhmen 59 — Lordotische Albuminurie 247 — Wassermannsche Reaktion in der Säuglingsfürsorge 268 — Stillende Madonna 413.
Erich Epstein. Glissons „De Rachitide" 191.
J. Epstein. Humanisierte Milch 414 — Pneumonie 420.
V. Erdt. Vergiftungstod durch Chineonal 279.
Otto Erhard. Jugendfürsorge 330.
F. Erkes und **W. Keppler.** Tuberkulinherdreaktion 380.
Berta Erlanger. Lymphangiektatisches Ödem 239, 351.
A. R. Erlbeck. Milchversorgung der Städte 204.
Alfred Erlbeck. Gemeinnützige Milchausschankbewegung in Sachsen 83.
Julius v. Eröss. Leistenbrüche 261.
H. Eschbach. Noma der Wange 217.
A. Eulenburg. Kinder- und Jugendselbstmorde 52.
Artur Evans. Urinverhaltung nach Appendizitisoperation 262, 327.
C. A. Ewald. Diät und Diätotherapie 410.
Paul Ewald. Osteopsathyrosis idiopathica 256.
Ewers, Rietschel und **Heidenhain.** Fieber nach Kochsalzinfusionen 209.

Faber. Influenzameningitis 227.
H. L. Fales und **A. M. Courtney.** Ausscheidung des Magnesiumsulfates 287.
H. L. Fales, A. M. Courtney und **L. E. Holt.** Chemische Zusammensetzung diarrhoischer Stühle 287.
Falk. Therapie des Tetanus neonatorum 168.
Edmund Falk. Entwicklung der Halsrippen 399.
Adolf v. Falkowski. Mesenchymale Hämatome in Leber und Milz 245.
W. Falta und **Steinberg.** Kohlenhydratkur 487.
Alfred G. Farmer und **H. C. Clark.** Kongenitale Schilddrüsenzyste 240.

Frederick J. Farnell. Psychopathisches Kind 249.
H. Faschingbauer. Hämorrhagische Diathese bei Tuberkulose 352.
Fred J. Fassett und **John B. Manning.** Stillsche Krankheit und Arthritis deformans 249.
Hans Fauth. Graphische Darstellung der Thoraxbewegungen 433.
Favre-Gilly und **Péhu.** Typhus beim Säugling 139.
Fedde. Retropharyngealabszeß 424.
Nicola Fedele. Behandlung der Nephritiden mit Adrenalinlösung 247.
Feer. Lehrbuch der Kinderheilkunde 74 — Wesen und Infektionsverhältnisse des Keuchhustens 29, 374.
E. Feer. Keuchhusten 217 — Säuglingssterblichkeit und Geburtenrückgang 60, 268 — Kleinpapulöse Hauttuberkulide 303, 352 — Lipodystrophia progressiva 487.
Anthony Feiling. Blut und Zerebrospinalflüssigkeit bei Mumps 297.
Hans Feldmann. Entwicklung unehelicher Kinder 268.
R. Felhoen. Pflege des Säuglings 268.
R. v. Fellenberg und **A. Döll.** Biologische Beziehungen zwischen Mutter und Kind 192.
Bruno Fellner. Therapie des Typhus 458.
S. Felsenthal. Säuglingsfürsorge in Mannheim 268.
G. Fendler und **W. Stüber.** Nachweis und Bestimmung von Jod in Ölen 4.
Ferguson. Bescheinigte Milch 415.
R. R. Ferguson. Störungen der Eiweißverdauung 414.
Adolfo Ferrata und **de Negreiros-Rinaldi.** Lymphoide Vorstufen der hämoglobinhaltigen Normoblasten und Megaloblasten 238.
La Fetra. Röntgendiagnostik 194.
L. E. La Fetra. Erkrankungen des frühen Säuglingsalters 413.
Linnaeus Edford La Fetra. Spezialunterricht in Säuglingshygiene 191.
Franz Fidler. Hernia diaphragmatica und Dilatation des Zwerchfelles 156.
A. Filia. Cholesteringehalt des Blutes 207.
J. D. Filippo und **B. P. B. Plantenga.** Milch 86.
A. Filiasier und **Paul Juillerat.** Pariser Sterblichkeit bei Kindern 268.
Gustav Fingerling. Futtereinheit und Stärkewert 83.
Gaetano Finiclo. Milchpulver 83 — Trockenmilch 200 — Freie Salzsäure im Mageninhalt 416, 448 — Verdauung des Kaseins im Magen 416, 448.
Finke. Behandlung des Keuchhustens 217.
H. Finkelstein. Seröse Meningitis bei tuberkulösen Kindern 144.
Heinrich Finkelstein. Bronchialdrüsentuberkulose 227.
G. Fiore und **U. Franchetti.** Thymus 241.
Fischer. Konvulsionen beim Keuchhusten 417 — Hypernephrom 421.
A. Fischer. Kuhmilch und vegetabile Milch 83, 200.
Aladar Fischer. Thymektomie wegen Tracheostenosis thymica 56 — Tuberkulöse Duodenalstenose 227 — Uretersteine 247.
Bernhard Fischer. Typhusverbreitung durch Milch 204.
Fischer und **Baron.** Spastischer Plattfuß 495.
Fischer-Dückelmann. Geburtenrückgeng 338.
Rudolf Fischl. Thymusextraktwirkung 4 — Behandlurg der Hernien 262.
Rudolf Fischl und **Erwin Popper.** Lordotische Dispositionsalbuminurie 316.
Fish und **Hess.** Säuglingsskorbut 322.
Fishberg. Tuberkulinreaktion bei unexponierten Kindern 299.
E. W. Fiske und **J. W. Sever.** Knietuberkulose 419.
R. K. Flannagan. Ärztliche Aufsicht der Landschulen 427.
Wilhelm Fleischmann. Spezifisches Gewicht und Gehalt an Fett und Trockenmasse der Kuhmilch 83, 204.
E. C. Fleischner. Kruppöse Pneumonie 307.
Robert A. Fleming. Rekurrierende Okulomotoriuslähmung 259.
S. Flexner. Keim und Infektionsmodus der Poliomyelitis 417.
Simon Flexner. Epidemiologie und Pathologie der Poliomyelitis 217.

S. Flexner und **H. L. Amoss.** Poliomyelitisgift 355.
Simon Flexner und **Harold L. Amoss.** Eindringen des Poliomyelitisvirus in die Zerebrospinalflüssigkeit 217 — Lokalisation des Virus und Pathogenese der Poliomyelitis 296.
Flexner, Noguchi und **Amoss.** Poliomyelitiskeim 280.
Fliniaux und **Variot.** Wachstumstafeln 210.
Karl Flügge. Grundriß der Hygiene 412.
Emil Flusser. Grippenartige Erkrankungen 217.
Friedrich Föhrenbach. Larosan 200.
Foix, J. Hallé und **Marcel Bloch.** Hemiplegie bei Diphtherie 218.
Otto Folin. Bestimmung von Kreatinine und Kreatine 83.
F. Fontane und **E. Halphen.** Larynxpapillome 260.
De Font-Réault. Einfluß der Sehfunktion auf die Entwicklung 197.
Johann Forberger. Geburtenrückgang und Konfession 76.
Forcart. Pylorusstenose im Säuglingsalter 484.
Ford und **Knox.** Bacillus aerogenes capsulatus in den Fäzes 280.
Ford und **Pryor.** Bakteriengehalt erhitzter Milch 204.
W. W. Ford und **J. C. Pryor.** Milchpasteurisierung 83, 204.
A. Dingwall Fordice und **J. H. Gibbs.** Einfluß der Diät auf die Entstehung von Zahnkaries 200.
H. P. De Forest. Blindheit der Neugeborenen 423.
Friedrich W. Förster. Heilpädagogik und Moralpädagogik 393.
Adalbert Forstreuter. Erziehungsfragen 250.
David Forsyth. Hygiene im Spielalter 413.
Fossier. Leberzirrhose 245.
F. Fourman und **R. Klinger.** Bakteriologie und Prophylaxe der Meningitis epidemica 461.
E. H. Foust. Isolierung von Bazillenträgern bei Diphtherie 417.
Fouzin. Pneumokokkenempyem 42.
Fowler. Splenektomie 246.
Vincenzo Fragale. Meningokokkengelenksentzündung 217 — Zerebrospinalmeningitis 217.
U. Franchetti. Vierte Krankheit 217.
U. Franchetti und **G. Fiore.** Thymus 241.
François und **Georges Schreiber.** Infantiler Skorbut 256.
Françon und **Hallé.** Sarkomatose 262.
Frank. Multiple Myelosarkomen 336.
Fritz Frank. Akute Nephritis bei Ernährungsstörungen 445.
Ernst R. W. Frank. Schulhygienisches aus Bozen 272.
Kurt Frank und **Albert Niemann.** Einfluß veränderter Nahrung auf die Kohlensäureproduktion 207.
Leonhard Frank und **Ernst Schloss.** Wirkung von Lebertran und Phosphorlebertran beim künstlich ernährten rachitischen Kinde 55 — Trikalziumphosphat als Knochenbildner 13, 209.
Arnold Frankenau. Säuglingstuberkulose 227.
Kurt Frankenstein. Freiburger Masernepidemie 217.
Otto v. Franqué. Mißbildung der inneren Genitalien 247.
Franz. Tuberkulosegefährdete Kinder 227.
Theodor Franz und **A. v. Reuss.** Harn der ersten Lebenstage 207.
Fraser. Poliomyelitis 217 — Pirquetsche Probe 299.
John Fraser. Nabelhernie 327.
Francis R. Fraser, Paul F. Clark und **Harold L. Amoss.** Virus der epidemischen Poliomyelitis 216.
T. Frazer. Pirquetreaktion 419.
Freeman. Beschneidung wegen Masturbation 247 — Ursachen und Behandlung des Ekzems 155, 258 — Harnanalyse 287.
R. D. Freeman. Kinderpflege 413.
W. T. Freeman. Primäres Leberkarzinom 245.
Itzke Freid. Kasein und Parakasein 83.
Adolf Frese. Akute Leukämie 238.
E. Freudenberg und **Schofmann.** Resorptionsversuche am überlebenden Kälberdarm 8.
Ernst Freudenberg und **Ludwig Klocmann.** Spasmophilie 18, 213.
Ernst Freund. Striae distensae nach schwerer Sepsis 258.
F. S. Freund. Yatren puriss. bei Diphtherie 196.
Hermann Freund. Kochsalzfieber und Wasserfehler 207.
W. Freund. Biorisator 204.

Friedrich Frey. Säuglingsernährung 414.
S. A. Frieberg. Bronchoskopie 420.
E. Friedberger und **E. Mironesch.** Wirkung der ultravioletten Strahlen auf Vakzine 4.
Kurt Friedel und **Arthur Keller.** Deutsche Milchwirtschaft 83.
Hans Friedenthal. Friedenthalsche Kindermilch und Gemüsepulver 200 — Beeinflussung des menschlichen Wachstums 207.
J. K. Friedjung. Diagnostik und Theorie der hereditären Syphilis 39, 384.
Alfred Friedländer und **E. A. Wagner.** Diagnose des Keuchhustens 142, 217.
W. Friedrich. Pektoralisdefekt 264.
Fringer. Frühbehandlung des Strabismus 423.
Frissell. Poliomyelitis 417.
E. Fritzmann. Nitrate in der Milch 83.
Theodor Fröhlich. Pylorusstenose 312 — Tuberkulose bei Volksschulkindern in Kristiania 33, 379.
Albert Fromme. Darminvaginationen und spastischer Ileus 242.
Gino Frontali. Amentia nach Masern 217.
Emil Fröschels. Wesen des Stotterns 198.
Henry D. Fry. Infant pulmotor. 211.
Fuchs, Intelligenzprüfung bei Schwachbegabten 486.
L. Fuhrmann. Angeborene Duodenalatresie 496.
Harry B. Fuller und **Jesse R. Gerstley.** Methode für Blutkulturen 196.
Casimir Funk. Einfluß der Kost auf Wachstum 207 — Wachstum auf vitaminhaltiger und vitaminfreier Nahrung 207.
Casimir Funk und **James Walter Me Laod.** Bildung eines Peptons aus Kaseinogen 83.
W. L. Funkhouser. Ärztliche Schulkinderaufsicht 427.
Karl Fürntratt. Poliomyelitis in Steiermark 217.
Moritz Fürst. Jahrbuch der Schulgesundheitspflege 500.
W. Fürstenheim. Nervosität im Säuglingsalter 422.

F. W. Gaarde und **C. G. Grulee.** Einziehung der Harnwege 485.
Hermann G. Gade. Initialformen der Kindertuberkulose 227, 302.
E. Galante. Erregbarkeit des Kleinhirns 192.
Paolo Galli. Pollakiurie 207.
Galliot. Salvarsan bei Syphilis 40.
W. G. Me Gallum. Chondrodystrophia foetalis 423.
Galop und **Phélip.** Dermoidzyste der Nabelschnur 262.
Carlo Gamma. Mißbildungen des Herzens 234.
Gannet. Säuglingsschutz in Frankreich 268.
Gardére und **Péhu.** Akute Enzephalitis bei hereditärer Syphilis 232.
Gardiner. Angeborenes Fehlen der Mm. pectorales 424.
F. E. Garland und **D. Crosby Greene.** Entfernung von Fremdkörpern 262.
Garré. Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose 37.
Gary. Milch 204.
A. Gasbarrini. Arthostatische Albuminurie 247.
Erich Gast. Odda K. 130, 200.
Gaston. Akuter Durchfall 200.
Alfred Gastpar. Bekämpfung der Tuberkulose 227.
Gastro. Erythrocyturia minima 247.
I. N. Gates und **H. C. Clark.** Treponema pallidum im Blut 419.
Giacinto Gatti. Intoleranz gegen Milch 200 — Keuchhusten 217 — Leishmaniose 217.
Louis Gaucher. Verdaulichkeit der Milch 83 — Anpassung des Magensaftes 83, 192.
M. Gaujoux und **H. Bertin-Sans.** Reduktase der Kuhmilch 82, 204.
Gaulier. Ausscheidung des salizylsauren Natrons 207.
A. Geake. Kaseinogen und Kasein 83.
Gearhart. Zeitige Intubation 417.
Gengenbach. Frühbehandlung der Poliomyelitis 417.
Georgs und **Lindemann.** Milchproduktion und Milchverwertung in Schleswig-Holstein 83.
H. J. Gerstenberger. Säuglingsfürsorge in Cleveland 268.
Gerstley. Keuchhusten 217.
J. R. Gerstley und **A. A. Day.** Sommerdiarrhöe 285.
Jesse R. Gerstley und **Harry B. Fuller.** Methode für Blutkulturen 196.
E. Gerter. Icterus neonatorum 245.

Louis Géry und **L. Lagane.** Ependymitis serosa 253.
Gettkant. Schularzt in der Fortbildungsschule 272.
Bruno Gettkant. Diphtheriebekämpfung in den Schulen 272.
Gettkant und **Helbich.** Schulärztliche Tätigkeit zu Berlin-Schöneberg 272, 427.
Walter Gfroerer. Einfluß der Schädelimpression 211.
A. Ghon. Tuberkulose der Kinder 227 — Lymphknotentuberkulose 32, 227.
A. Ghon und **B. Roman.** Anatomie der Kindertuberkulose 301.
J. H. Gibbs und **A. Dingwall Fordyce.** Einfluß der Diät auf die Entstehung von Zahnkaries 200.
Giuseppe Giliberti. Milch 205.
H. Gillet. Wachstum 207.
W. J. Gins und **Sergius Morgulis.** Kalkgehalt der Knochen von normalen und thymektomierten Albinoratten 311.
G. Ginsberg und **C. Graef.** Schickreaktion 419.
H. Ginsburg, I. Tumpowsky und **A. J. Carlson.** Auftreten des Hungers 284.
Lucien Girard und **H. Méry.** Hautemphysem bei Masern 221.
Edouard Girardot. Akute Appendizitis 242.
Giraud. Hautemphysem 236.
G. de Gironcourt. Milch 83.
Emile Girou. Appendizitis 243.
Giroux. Raynaudsche Krankheit und Syphilis 231.
J. C. Gittings. Kalorienwert der Nahrung 207.
Francesco Giugni. Kala-Azar 217.
F. Glaser. Salvarsaninfusionen bei Scharlach 367 — Syphilis haemorrhagica oder Säuglings-Raynaud 40, 231, 385.
A. Glusmann. Nephroma embryonale malignum 247.
Paul Godin. Wachstumsgesetze 207.
H. Godlewski und **H. Triboulet.** Meerwasser der akuten Gastroenteritis 133, 203.
G. Gohde. Verkauf von Nahrungs- und Genußmitteln 272 — Fürsorgestellen für Lungenkranke 427 — Volksernährung im Kriege 427.
J. Goldmann. Unter der Geburt gestorbene Kinder 211.
Artur Goldreich. Epilepsie mit Bromoderma 252.
Kurt Goldstein. Myxidiotie 241.
Afroim Nochim Golodetz. Poliomyelitis in der Schweiz 218.
Wilhelm Gölz. Bronchialdrüsentuberkulose 378.
F. Göppert. Behandlung der Ruhr 140 — Insuffizienz der Exspiration 148 — Nasen-, Rachen- und Ohrerkrankungen des Kindes 186 — Impfschädigung 157, 352 — Verwendung der Kalksalze 2, 196, 363.
Gordon. Geburtslähmung 422.
Alfred Gordon. Anenzephalie 264.
M. H. Gordon. Interstitielle Parotitis 297.
J. Leslie Gordon. Hereditäre Syphilis bei angeborenen geistigen Defekten 307.
Ronald G. Gordon. Akute Koliinfektion der Harnwege 247.
S. Gordin und **R. Hess.** Plethysmographische Untersuchungen 192.
Gorter. Muskeldystrophie 186 — Hypercholesterinämie 335.
Gött. Postdiphtherische Lähmung 69.
Theodor Gött. Psychotherapie 53, 249.
Gottstein. Krüppelfürsorge 407 — Schularzt in der Fortbildungsschule 272.
A. Gottstein. Diphtherie in den Schulen 272.
F. Götzky und **S. Isaac.** Familiäre hämolytische Anämie 238.
F. Götzky, H. v. Mettenheimer und **F. Weihe.** Erfahrungen aus der Kinderklinik in Frankfurt a. M. 188.
F. Götzky und **F. Weihe.** Epiphysenschatten beim Myxödem 194.
Fritz Götzky und **Friedrich Weihe.** Totaler Rippendefekt 264.
A. Götzl. Tuberkulomuzin 36.
F. Goubau. Wanderleber 245.
Gougerot. Granulosis rubra nasi 260.
J. Gourdon. Schulterhochstand 249.
A. G. Mc Gowan. Blutung beim Neugeborenen 211.
C. Graef und **G. Ginsberg.** Schickreaktion 419.
Edwin E. Graham. Keuchhustenbehandlung 141, 218.
Grandjean. Mikrosphygmie 192 — Kongenitale Zyanose 234.
E. Grandjean. Mikrosphygmie und Mikrozephalie 252.

Grandjean und **Variot.** Hypertrophie infolge Unterernährung 204.
E. Grandjean und **Variot.** Mikrosphygmie und Mikrozephalie 255.
Marcell Granier und **Hovelacque.** Zerebrospinalmeningitis durch Eberthsche Bazillen 218.
H. Horace Grant. Ösophagusstenose bei Typhus 417.
Sir James Grant. Schulgesundheitspflege 272.
Grassl. Geburtenrückgang 76 — Milchdrüse und Mutter 200, 331.
Grassmann. Persönliche Hygiene der Mittelschüler 75.
Grätz und **Kisch.** Einwirkung der Sonnenstrahlen auf tuberkulöse Fisteln 37.
Gray. Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit 268.
Thomas N. Gray. Säuglingssterblichkeit 425.
H. Tyrrell Gray. Leibschmerzen 194 — Wiederholte Intussuszeption 243.
H. M. W. Gray und **Alex. Mitchell.** Appendizitis 243.
Greil. Pellagra 423.
G. J. Greil. Amöbenkolitis 314.
D. Crosby Greene und **F. E. Garland.** Entfernung von Fremdkörpern 262.
Hans Grimm. Hydrozephalus 252.
K. Grimm. Taenia saginata 48 — Säuglingsfürsorgestelle der Großstadt 332.
W. Grimmer. Sammelreferat über Milchwissenschaft und Molkereipraxis 81 — Fermente der Milchdrüse und der Milch 205.
Aron Grinbarg. Mißbildung der Finger und Zehen 264.
Franz M. Groedel. Invaginatio ileocoecalis 243.
M. Gromski. Urobilinausscheidung bei Scharlach 207.
O. Gröné. Epidurales Hämatom 211.
Paul Grosser. Stoffwechselprobleme der Rachitis 207, 360.
Grossmann. Alkoholismus 335.
C. Groß und **M. Pappenheim.** Neurosen und Psychosen des Pubertätsalters 52.
Großmann. Bestimmung der Minderwertigkeit 413.
L. R. Grote. Bakteriologische Diphtherieforschung 197.
L. R. Grote und **W. Schultz.** Abderhaldensches Dialysierverfahren bei Scharlach 224.
A. Groth. Beschränkung der Geburtenzahl 330.
Alfred Groth. Schutzpockenimpfung in Bayern 266.
A. Grotjahn. Geburtenrückgang 338.
J. I. Grover. Messungen normaler Kinder 441.
Georg B. Gruber und **Fritz Heller.** Herzmißbildungen 234.
Max v. Gruber. Geburtenrückgang im Deutschen Reiche 76.
C. G. Grulee. Couveusekinder 416.
C. G. Grulee und **F. W. Gaarde.** Einziehung der Harnwege 485.
C. G. Grulee und **F. Harms.** Tuberkulose bei Neugeborenen 302.
Grulee und **Lewis.** Angeborene Pylorusstenose 312.
Grumme. Fettgehalt der Milch 205.
B. Grünfelder. Beeinflussung der Magensaftsekretion durch Infektion 208.
Viktor Franz Grzibek. Kongenitale Hydronephrose 247.
Guillaume-Louis. Neuer Apparat 263.
Guinon und **Malarte.** Punktion des Perikards nach Marfan 234 — Antityphöse Bakteriotherapie 218.
Guisez. Spasmus der Kardia 243 — Fremdkörper im Ösophagus 262.
O. Gumpf. Krippe 425.
Wilhelm Gundermann. Anomalie der Brustwirbelsäule 263.
S. Guerrera. Milch 83.
A. Gusinde. Situs viscerum inversus 265.
Ernst Guth. Bromoformvergiftung 266.
G. Gutmann. Kongenitale Gänge und Zysten in der Raphe penis 247.
Gutstein. Muskulatur der rachitischen Kinder 432.
Johannes Guttzeit. Fruchtabtreibung 76.
E. Gutzeit. Niedermolekulare Fettsäureglyzeriden im Milchfett 83.

Gg. Haas. Indikanämie 450.
Willy Haas. Tuberkelbazillen im strömenden Blute 327.
Hans v. Haberer. Bedeutung der Thymusdrüse 241.
Albert Häberle. Angeborene Pulmonalatresie und Aortenstenose 234.
Häberlin. Thalassotherapie 195.

Chr. Hack. Geschichte der Säuglingskrankheiten 191.
Hagemann. Hasenschartenoperationen 493.
Richard Hagemann und **E. v. Behring.** Diphtherieschutzmittel „TA" 214.
Benno Hahn. Pathogenese postdiphtherischer Lähmungen 218.
Gerhard Hahn. Kind und Geschlechtskrankheiten 335.
R. Hahn und **W. Knöpfelmacher.** Heimkehrfälle bei Scharlach 219.
H. Hahn und **E. Moro.** Artspezifizität der Molkenwirkung auf Darmzellen 8.
Halbey. Lebendgeburten im Landkreise Kattowitz 425 — Poliomyelitis 462.
J. Hallé. Zerebrospinalmeningitis 218.
Hallé und **Françon.** Sarkomatose 262.
J. Hallé, Marcel Bloch und **Foix.** Hemiplegie bei Diphtherie 218.
E. Halphen und **F. Fontane.** Larynxpapillome 260.
F. Hamburger. Tuberkulose 227 — Pavor nocturnus 250 — Schlafstörung **23**, 318 — Psychotherapie 250, 486.
Franz Hamburger. Tuberkulöse Infektion und Reinfektion 466.
Richard Hamburger. Vakzinebehandlung der Gonorrhöe 247, 352.
C. R. Hancock. Darminvagination durch Meckelsches Divertikel 420.
Ed. Handrick. Entstehung der eitrigen Parotitis 45.
William Hanna. Variola 218, 329.
Berthold Hannes. Typhusbazillen im Liquor cerebrospinalis 218.
Hans. Hasenscharte 493.
Peter Hanssen. Säuglingssterblichkeit Hamburgs 401 — Säuglingssterblichkeit in Kiel 401.
P. Hanssen, H. Bahrdt, F. Edelstein und **E. F. Welde.** Vermehrung von Bakterien und Bildung flüchtiger Fettsäuren im Magen 198.
Nils Hansson. Futtereinheiten und Stärkewert 84.
Arthur Harden und **Archibald Bruce Movallum.** Enzymwirkung auf Kaseinogen 84.
Hardouin und **Potel.** Hodentumore 262.
Wilhelm Hardrat. Greifswalder Säuglingsfürsorge 268.
Harkness. Säuglingsernährung 414.
F. Harms und **C. G. Grulee.** Tuberkulose bei Neugeborenen 302.
Erich Harnack. Gerichtliche Medizin 173, 186.
Archibald W. Harrington. Offener Ductus arteriosus 234.
Arch. W. Harrington, John Cowan und **J. W. Riddell.** Pneumoperikard 236.
C. Hart. Thymus und Rachitis 149.
Karl Hart. Osteopsathyrosis idiopathica 257.
O. Hartoch und **W. Schürmann.** Diphtherieserum bei Reinjektion 368.
Hartshorn. Bacillus-coli-Infektionen 247.
W. Morgan Hartshorn und **Henry Nicholas Moeller.** Vakzinebehandlung des Keuchhustens 141, 218.
Hans Häsele. Aleukämische Myolose 238.
C. C. Haskell. Eiweißmilch 414.
James C. Hassall. Konstitutionelle Psychopathie 250.
Z. Hatta. Bestimmung kleiner Zuckermengen 84.
Albert Haupt. Lehrlingsfürsorge 406.
Ilse Hauser-Exner. Entwicklung eines Zwillingspaares 276.
Haushalter und **Jacquot.** Meningitis durch Pfeiffersche Bazillen 153.
Haverschmidt. Zuckerdyspepsie 185 — Spasmophilie 336.
Hawes. Tuberkulöse Zervikaladenitis 419.
B. John Hawes. Tuberkulose 228.
Hayashi. Kolostrumversuche 8.
Adolf F. Hecht. Morgagni-Adams-Stokessches Syndrom 237.
Wilhelm Hecke. Zählung der Pflegekinder in Österreich 401.
Hecker. Kleinkinderfürsorge 268 — Kinderfürsorge 333.
Rudolf Hecker. Klimatotherapie 195.
Karl Hedén. Einwirkung des Salvarsans 196.
C. Hegler. Generalisierte Vakzine 352.
R. A. Heiberg. Diabetes mellitus 321.
Heidenhain, Rietschel und **Ewers.** Fieber nach Kochsalzinfusionen 209.

Oskar Heilmaier. Geburtenhäufigkeit und Säuglingsfürsorge in Würzburg 268, 333.
Paul Heim. Hypertonische Neugeborene 213.
Heiman. Kühlung des Krankenzimmers 128 — Heilserumfeste Fälle von Meningokokkenmeningitis 218.
Henry Heiman. Phänomen bei Chorea 153, 252.
H. Heiman und **M. J. Ballin.** Sinusthrombose 326.
P. G. Heinemann. Keimtötende Wirkung der Milch 415.
August Heisler. Erythema infectiosum 30, 258.
H. Helbich. Säuglingsfürsorgestelle in Berlin-Schöneberg 268.
Helbich und **Gettkant.** Schulärztliche Tätigkeit zu Berlin-Schöneberg 272, 427.
Helbing. Hasenschartenoperationen 492.
Hugo Heller. Fürsorgeheim Hohenelbe 404.
Julius Heller. Hautkrankheiten der Schulkinder 272.
Fritz Heller und **Georg B. Gruber.** Herzmißbildungen 234.
Diony Hellin. Eigenschaft des Blutserums 197.
W. L. Hellseid. Universeller Hydrops 211.
T. Hellström. Krupp und dessen Behandlung 20.
Helmholz. Einfluß der Hitze auf Morbidität und Mortalität 200.
Helmick. Serumbehandlung der epidemischen Zerebrospinalmeningitis 417.
A. Convay Henderson. Unterricht in Pflege und Ernährung von Säuglingen 268.
Fritz Henke. Physiologische Bedeutung der Tonsillen 192.
Henkel. Säuglingsfürsorge in Oberbayern 426.
Henkin. Pemphigus foliaceus neonatorum 416.
H. Henneberg. Masern 218.
Karl Hennemann. Behandlung der Spina bifida 469.
B. Henningsson. Dosierung des Serums bei Diphtherie 21 — Serumbehandlung bei Meningitis epidemica 25.
Henry und **Dick.** Anaërobische Kulturen bei Scharlach 216.
J. S. Hepburn, M. E. Pennington, E. Ch. St. John, E. Witmer, M. O. Stafford und **J. J. Burrel.** Bakteriologische und fermentative Veränderungen der Milch 86.
Gertrud Hepner. Körperliche Entwicklung zurückgestellter Kinder 427.
Herding. Nabelhernie 262.
A. Hermes. Argentinische Rinderzucht 84.
Briz Hernandez. Diphtherieheilserum bei Bronchopneumonie 237.
Herramhof. Fettbestimmung 84 — Prüfung der Milch auf Verfälschung 84.
Herrman. Sporadischer Kretinismus 154 — Ernährung des Neugeborenen 416 — Physiologische Gewichtsabnahme 416.
C. Herrman. Blaue Skleren und Knochenbrüchigkeit 323 — Immunisierung gegen Masern 292, 456.
Charles Herrman, Henry Roth und **Eugene P. Bernstein.** Gaucher'sche Krankheit 246.
Edmund Herrmann. Veränderungen am weiblichen Genitale beim Status hypoplasticus 247.
Siegfried Herrmann. Pflege der Haare 195.
Arthur F. Hertz. Situs inversus 265.
Johann Hertz und **E. Reiss.** Serumbehandlung des Scharlachs 454.
P. Hertz. Kuhmilchidiosynkrasie 357 — Angeborene Pylorusstenose 390.
K. Herxheimer und **H. Köster.** Lichenoide Trichophytie 352.
Jadwiga Heryng. Einfluß der Jahreszeit 237.
Albert Herz. Anämien 390.
J. Herzig und **R. Landsteiner.** Methylierung von Eiweißstoffen 84.
Herzog. Geburtenrückgang in Deutschland 426.
M. Herzog. Durchbruch einer tuberkulösen Drüse in die Trachea 304.
Th. Herzog. Turmschädel 265.
W. Herzog. Hirsuitismus 485.
Hess. Vakzinebehandlung des Keuchhustens 141 — Säuglinge im Kampfe gegen die Tuberkulose 302.
A. F. Hess. Wismutpillen bei der Fluoroskopie 434.
Alfred F. Hess. Physiologische Anatomie des Säuglingsmagens 192 — Mundträufler 200 —

Röteln 24, 138, 218 — Pylorospasmus 243.
Leo Hess. Diagnostik der Blutkrankheiten 474.
Hess und **Fish.** Säuglingsskorbut 322.
R. Hess und **S. Cordin.** Plethismographische Untersuchungen 192.
Heubner. Knochenmark und Anämie 477.
O. Heubner. Kraftbedarf 208 — Säuglingsfürsorge einst und jetzt 268, 426.
Wolfgang Heubner. Kochsalzfieber und Wasserfehler 208.
Siegenbeek van Heukelom. Adipositas hypophysären Ursprungs 185.
G. Heuyer und **H. Méry,** Hereditärluetische Erkrankung beider Tibien 232 — Akute Nebennierenin suffizienz 241.
E. Hevesi und **L. Benedek.** Förstersche Operationen 252.
Heybroek. Tuberkulose der Hypophysis cerebri 185.
J. F. Heymans. Tuberkulose und Milch 228.
F. H. Hibben und **P. H. Sylvester.** Gasbazillus bei Verdauungsstörungen 446.
Heinrich Higier. Tonische Krämpfe 252.
Hill. Alimentäre Intoxikation 414.
H. K. Hill. Verwendung flüssigen Paraffins 279.
Lewis Webb Hill. Leukozyteneinschlüsse 194.
Hill und **Talbot.** Einfluß des Milchzuckers auf den Stoffwechsel 135.
R. L. Hill und **Sutherland Simpson.** Hypophysenextrakt und Milchsekretion 84.
Georg Hilliger. Periodisches Erbrechen mit Azetonämie 9.
Hintzy. Geburtsläsionen der Orbita 211.
Ada Hirsch. Ösophagustrachealfistel 265.
Albert Hirsch. Pseudotetanus 394.
Karl Hirsch. Schulterblatthochstand 265.
Max Hirsch. Fruchtabtreibung und Präventivverkehr im Zusammenhang mit Geburtenrückgang 76.
H. Hirschfeld. Blutkrankheiten 389.
L. Hirschloff. Suggestion und Erziehung 52.
C. W. Hitchcock. Poliomyelitis von meningitischem Typhus 417.
Hochhaus. Behandlung des Tetanus 372 — Pneumonie 473.
Hochsinger. Isoliertes Fazialisphänomen 252.
Th. Hoffa. Kinderfürsorge 268 — Säuglingssterblichkeit und Geburtenhäufigkeit in Barmen 426.
Aug. Hoffmann. Diättherapie bei Herzkrankheiten 172 — Theazylon bei chronischen Herz- und Nierenkrankheiten 437.
Erich Hoffmann. Kombination von Quecksilber und Salvarsan zur Syphilisbehandlung 231.
F. B. Hofmann. Ermüdungsreaktionen 250.
Hofmeier. Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit 268.
Eugen Hofmokl. Säuglingsfürsorge 400.
John F. Hogan und **S. T. Nicholson jun.** Wirkung des Bac. acidi lact. auf Diphtherie 222.
Holt. Influenza 218.
L. Emmet Holt. Duodenalgeschwür 243.
Holt und **Babbitt.** Mortalität der Neugeborenen in Anstalten 288.
L. E. Holt, A. M. Courtney und **H. L. Fales.** Chemische Zusammensetzung diarrhoischer Stühle 287.
Holfelder. Hasenschartenoperationen 493.
W. C. Hollopeter. Syphilis 419.
F. M. Holsclaw und **A. E. Rude.** Morbidität und Mortalität in San Francisko 334.
Von Holwede. Säuglingspflege in dem Lehrplan der Mädchenschulen 427.
B. Raymond Hoobler. Eiweißmilchbereitung 205.
B. R. Hoobler und **J. R. Murlin.** Energieumsatz 286.
E. W. Hope. Milchsterilisation 205.
Arthur H. Hopkins. Chronischer familiärer Ikterus 245.
Hopkinson. Status lymphaticus 416.
C. ten Horn. Diagnose der Appendizitis 483.
Rudolf Hornek. Wiener Kriegsfürsorgezentrale 409.
Hornemann. Diphtherieschutzmittel v. Behrings 218.
O. Hornemann. Infektion und Ernährung 192.
O. Hornemann und **E. Thomas.** Ernährung bei Tuberkulose 228.

Hornemann, Hans Bahrdt, Bamberg und **Edelstein.** Ernährungsversuche mit Friedenthalscher Milch 81.
W. D. Hoskins. Zerebrospinalmeningitis 417.
A. Hotz. Dynamische Pulsuntersuchungen 275.
Marie Houdré und **Auguste Broca.** Abbottsche Skoliosenbehandlung 263.
A. Hougardy. Pylorusstenose mit Hämatemesen 243.
Hovelacque und **Marcel Granier.** Zerebrospinalmeningitis durch Eberthsche Bazillen 218.
V. v. Hovorko. Schwachsinn 422.
Howard. Poliomyelitis 417.
A. T. Howard. Azidose 416.
W. H. Howell. Zustand des Blutes bei Hämophilie, Thrombose und Purpura 44.
W. William Howell. Suggestive Behandlung 195.
W. W. Howell und **C. H. Dunn.** Diagnose und Behandlung der Pylorusstenose 484.
Francis Huber. Pneumokokkenmeningitis 218.
Huber und **Berkowitz.** Lungenaktinomykose 237.
Huber und **Silver.** Akuter chylöser Aszites 150.
Julien Huber und **Jean Troisier.** Anämie durch Hämolysine 238.
Hübschmann. Influenza 460.
Hudelo und **Montlaur.** Epidermolysis bullosa 258.
Viktor Hufnagel. Frühtuberkulöse Krankheitszustände 228.
Huguet. Allgemeine Paralyse und hereditäre Syphilis 232.
Hull. Poliomyelitis 218.
Hummel. Friedmannsches Heilmittel 160.
E. J. Huenekens. Azidität des Mageninhaltes 84, 192 — Ernährung des gesunden Säuglings 414.
J. Husler. Intermediäre Krampfanfälle 67.
Robert Hutchison und **John Parkinson.** Paroxysmale Tachykardie 234.
A. Huther. Jugendsport 250.
Hutinel. Mediastinaldrüsentuberkulose 228 — Sero-fibrinöse Pleuritis 228 — Spasmen des Colon descendens 243 — Intermittierende Albuminurien 247 — Nephritis und Purpura 247 — Urämische Meningitiden 252.
Kurt Hüttig. Fleischlose Kost 200.
Walter Huwald und **Karl Baerthlein.** Säuglingsdarmkatarrh 198.

J. B. Jackson. Ösophagusatresie 421.
Lilias Charlotte Jackson und **Art. Cecil Hamel Rothera.** Milch, Milchzucker, Leitfähigkeit und Gefrierpunktserniedrigung 84.
L. Jacob. Behandlung und Diagnose des Typhus abdominalis 376.
Adolf Jacobson. Milchkontrolle in Kristiania 205.
Grégoire Jacobson. Rezidive bei Scharlach 218.
Jacquot und **Haushalter.** Meningitis durch Pfeiffersche Bazillen 153.
Rudolf Jaffé. Arterionekrose 234.
H. Jaffé und **E. Pribram.** Spezifizität der Abwehrfermente 353.
N. v. Jagic. Orthostatisch-lordotische Albuminurie und Tuberkulose 32.
Theodor Jahn. Geburtenrückgang in Pommern 330.
P. Jakob. Neosalvarsantherapie bei Typhus 456.
B. Jakobovics. Einfluß des Scharlachs auf die Wassermannsche Reaktion 352.
J. Jakobsen und **Ad. H. Meyer.** Keuchhustenbazillus 437.
Franz Janisch. Mädchenhandel 403 — Hilfsarbeit in Kriegszeiten 408.
Jannot. Postdiphtherische Spätlähmungen der äußeren Augenmuskeln 259.
Th. Janowski. Diagnostik der Nierenkrankheiten 392.
Murk Jansen. Poliomyelitis 180 — Achondroplasie 257.
F. Jantzen. Exophthalmus 259.
Hans Januschke. Bromoderma 199 — Eiweißfettfreie Kost 200 — Hydrops 234 — Behandlung des Magengeschwüres 243.
Rud. Th. Jaschke. Zahl der Mahlzeiten 200.
J. Ibrahim. Chronische Arthritis 249.
Idzumi. Primäres Leberkarzinom 48.
L. Jeanneret. La Tuberculose de l'enfant 499.

Lucien Jeanneret. Bösartige Rachentumore 262.
Jeans und **Butler.** Hereditäre Syphilis als Sozialfrage 419.
Jeans und **Veeder.** Hereditäre Spätsyphilis 146.
Ludwig Jehle. Bronchialerkrankungen 182, 237 — Albuminurie 337.
W. Jehn. Doppelseitige Phrenikotomie bei Tetanus 372.
R. Jemma. Barlowsche Krankheit 256.
Igersheimer. Schnervenentzündung bei Lues 470.
Imperatori. Otitische Meningitis 260.
Indemans. Angeborene Vergrößerung der Speicheldrüsen mit Lymphangiomen des Halses 309.
Philip van Ingen. Säuglingsfürsorge 268.
Georg Joehmann. Salvarsan bei Scharlach 218.
S. H. Joffe Dicephalus tetrabrachius dipus 265.
Ruth Johansson. Versorgung der Nabelschnur 195.
E. Ch. St. John, M. E. Pennington, J. S. Hepburn, E. Witmer. M. O. Stafford und **J. J. Burrel.** Bakteriologische und fermentative Veränderungen der Milch 86.
Johnes und **Sherman.** Einfluß des Zuckers auf Magensekretion 210.
Johnson. Poliomyelitis 218 — Augenpflege 423.
Clifford P. Johnson. Kranke Tonsillen 183.
W. T. Johnson jun. und **S. Henri Ayers.** Abtötung der Bakterien in Milch durch ultraviolette Strahlen 81.
E. Joltrain und **P. Rouffiac.** Meningeales Syndrom 219.
Jones. Chronische Polyarthritis 422.
Eleanor C. Jones. Infektiöse Endokarditis 234.
Robert Jones. Poliomyelitis 219.
Jones und **Meine.** Infektiöse Endokarditis 234.
Edwin O. Jordan. Milchkontrolle 84.
A. Josefson. Dentition, Haarentwicklung und innere Sekretion 45.
Joseph. Nasenstein 260.
Ludwig Joseph. Geschwülste der Ohrmuschel 260.
Antonio Jovane. Chronische Meningitis 253.
S. T. Irwin. Darminvagination 243.
S. Isaac und **F. Götzky.** Familiäre hämolytische Anämie 238.
R. Isenschmid und **W. Schemensky.** Leukozyteneinschlüsse 366.
Mlle. Nadine Israileff. Zona 258.
George Jubb. Poliomyelitis in West Kirby 219, 294.
Judson und **Nicholson.** Blutdruck 125.
Paul Juillerat und **A. Fillassier.** Pariser Sterblichkeit bei Kindern 268.
L. Jullian. Fürsorge in Toulouse 268.
Ph. Jung. Unterricht der Hebamme in Säuglingsfürsorge 268, 426.
Philipp Jung. Übergang von Arzneimitteln auf den Fötus 196.
Otto Junkel. Embryonale Nierengeschwülste 248.
A. Jurgelunas. Experimentelle Masern 219.

L. M. Kahn. Akute Baucherkrankungen 424.
E. Kahn und **O. Seemann.** Schlechte Erfahrungen mit dem Friedmannschen Mittel 38.
F. Kalberlah. Typhusbazillenträger 458.
Frida Kalmanowitsch. Geburt bei Uterus bicornis unicollis 211.
Hans Karfunkle. Verhütung der Tuberkulose 228.
Friedrich Karl. Magenkarzinom 494.
A. O. Karnitzky. Zusammensetzung des Blutes und Konstitution 131.
Karl Kassowitz. Akute lymphatische Leukämie mit Diphtherie 238 — Diphtherieprophylaxe 219, 291.
Karl Kassowitz und **B. Schick.** Ausgeglichene Diphtherie-Antitoxinmischungen 196.
Max Kassowitz. Gesundheit des Kindes 188.
M. Kaufmann. Therapie der kruppösen Pneumonie 473.
Kaufmann und **Landis.** Diagnose der Tuberkulose 228.
Walther Kaupe. Thymushypertrophie und Röntgenbestrahlung **69** — Erbrechen 200.
Refoil Kaznelson. Asymmetrie des Schädels 211.
C. S. Mc Kee und **Archibald Smith.** Urethritis durch Gonokokken 249.

H. Keiffer. Sensibilität des Fötus 210.
Arthur Keller und **Kurt Friedel.** Deutsche Milchwirtschaft 83.
Kellner. Flechsigsche Opium-Brom-Behandlung bei Epilepsie 436.
T. H. Kellock. Intussuszeption 243.
W. H. Kellogg. Bazillenträger bei Diphtherie 417.
O. H. Kelsall. Keuchhustenvakzine 219.
J. P. Mc Kelvy und **J. Rosenbloom.** Angeborener hämolytischer Ikterus mit Splenomegalie 421.
F. Kemsies. Militärische Jugendvorbereitung und Schule 272.
Ferdinand Kemsies. Hygienisches Gleichgewicht in der Erziehung und Wehrübungen 427.
Kendall. Pflege schwachsinniger Kinder 195.
Kenyon. Stottern 198.
W. Keppler und **F. Erkes.** Tuberkulinherdreaktion 380.
Claude B. Ker. Scharlach in hohem Lebensalter 219.
Kerley. Rezidivierendes Erbrechen 200.
Charles Gilmore Kerley. Rezidivierende Bronchitis 237, 420.
W. Kerl. Erythema chronicum migrans 258, 352.
Hans Kern. Epifasziale Neosalvarsaninjektionen 147 — Anstaltsendemie von Poliomyelitis 25, 219.
Hans Kern und **Erich Müller.** Herstellung der Eiweißmilch 84.
L. Kerr. Säuglingsernährung 414.
J. M. Munro Kerr. Septikämie in der Schwangerschaft 268, 269.
Erich Keuper. Ruhrepidemie 219.
R. Kharina-Marinucci. Perniziöse Anämie 420, 477.
A. v. Khautz. Extremitätengangrän 258, 352.
Kirchhoff. Fürsorge in Liegnitz 426.
E. Kirmisson. Nabelfistel 228 — Tuberkulose 228.
Kling. Epidemiologie des Keuchhustens 219.
O. Kirsch. Abblassungserscheinungen des Scharlachexanthems 219.
Kirschbaum, Busson und **Staniek.** Diplococcus lanceolatus in Pemphigusblasen 5, 215.
Kisch und **Grätz.** Einwirkung der Sonnenstrahlen auf tuberkulöse Fisteln 37.
R. Klages und **F. Lesser.** Verhalten syphilitischer Neugeborener gegenüber Wa.-R. 40.
Richard Klages und **Fritz Lesser.** Wassermannsche Reaktion 232.
Klar. Otitis fibrosa cystica 60, 160 — Coxa vara rachitica 160.
Klebanski. Gonorrhoische Augenentzündung des Neugeborenen 259.
Erich Kleemann und **Felix Rosenthal.** Einwirkung von mütterlichem und fötalem Serum auf Trypanosomen 126.
Franz Klein. Jugendschutz 497.
S. B. Kleiner und **J. I. Linde.** 421.
H. Kleinschmidt. Kalkariurie 154 — Latente Tuberkulose 30, 228 — Diphtherielähmung und Diphtherieantitoxin 290 — Aplastische hämolytische Anämie 308 — Sommersterblichkeit 446.
Hans Kleinschmidt und **Paul Viereck.** Behrings Diphtherievakzin 219.
Kleinsorgen. Kiefergymnastik 259.
Paul Klemm. Infektiöse Osteomyelitis 51.
Adolf Klesk. Serumbehandlung der Ruhr 459.
W. N. Klimenko. Bedeutung der Spindelbazillen bei Scharlach 219.
Wasilij N. Klimenko. Choleraähnliche Vibrionen 219.
C. Kling. Epidemische Kinderlähmung in Stockholm und Gotenburg 24.
Carl A. Kling. Schutzimpfung gegen Varizellen 142
K. Kling. Bacillus bifidus im Darme 353.
Karl Kling und **Alfred Petterson.** Keimträger bei Poliomyelitis 219.
R. Klinger und **F. Fourman.** Bakteriologie und Prophylaxe der Meningitis epidemica 461.
Kloberg. Nebenamtlich angestellte Schulärzte 272.
Ludwig Kloemann und **Ernst Freudenberg.** Spasmophilie 18, 213.
L. Kloemann und **E. Moro.** Wirkung von Kuh- und Menschenmolke auf Kälberdarmzellen 9.
E. Klose. Mehlnährschaden 444.
Erich Klose. Körperzusammensetzung bei Ernährungsstörungen 134.

Heinrich Klose. Thymusdrüse und Rachitis 241.
Erich Kloss. Hygieneunterricht in den Fortbildungsschulen 272.
Max Klotz. Medikamentöse Therapie 277.
Rudolf Klotz. Acardius anencephalus 265.
Klumker. Kriegsunterstützung und uneheliche Kinder 269, 331.
Chr. J. Klumker. Krieg und Fürsorge für die Unehelichen 269.
Klunker. Biorisierte Milch 84.
B. F. Knause. Sekundäre Scharlachfieberfälle 455.
Knöpfelmacher. Hereditär-luetische zerebrale Erkrankung 232 — Hischsprungsche Krankheit 243 — Papaverin bei Pylorospasmus 243 — Chronische Gelenksschwellungen 249.
W. Knöpfelmacher und **R. Hahn.** Heimkehrfälle bei Scharlach 219.
Wilh. Knöpfelmacher und **Gertrude Bien.** Nabelkoliken und Ulcus duodeni 243 — Nabelkoliken 421.
Else Knörich. Gesundheitspflege auf dem Lande 269.
Ludwig Knöspel. Serumtherapie der Diphtherie 290.
V. B. Knott. Eierstockkarzinom 424.
F. C. Knowles. Pellagra 322.
J. H. M. Knox. Erziehung 427.
Knox und **Ford.** Bacillus aerogenes capsulatus in den Fäzes 280.
Knox jun., J. H. Mason und **Martha Tracy.** Phosphatausscheidung 84, 208.
Erwin Kobrak. Blennorrhoische Prozesse durch Diphtheriebazillus 219, 369.
H. Koch. Glyzyltryptophanprobe 84 — Frühstadium der Tuberkulose 228 — Tuberkulinbehandlung 467.
Herbert Koch. Masern 219.
Herbert Koch und **Walter Schiller.** Reaktionsfähigkeit tuberkulöser Hautstellen auf Tuberkulin 194, 352.
Else Koch. Rhinitis luetica 146.
R. Koch Scharlachbehandlung 454.
Richard Koch. Scharlachrekonvaleszentenserum 137, 219.
Richard Koch und **K. E. Boehncke.** Veränderungen an der Hypophysis cerebri Diphtherietoxin 240.
J. Kockerols. Am Krankenbett 500.
Köhler. Os naviculare pedis 57.
L. Köhler. Kongenitalluetischer Zahnkeim 232.
A. J. Kolinsky. Organisierter Jugendschutz 404.
Emil Kolisch und **Paul Werner.** Giftigkeit von Harn, Serum und Milch 88.
J. A. Kolmer und **E. L. Moshage.** Schicksche Immunprobe bei Diphtherie 291.
John E. Konchloe. Karbolsäurevergiftung 425.
Harry Königsfeld. Serumtherapie 439.
C. J. Koning und **W. C. Mooij.** Milch 84.
W. D. Kooper. Milchgewinnung 205 — Viskosität der Milch 84 — Titration der Milch mit Alkohol 84.
Olga Koporny. Stimmbildung 413.
L. R. v. Korczinski. Sporadische Fälle von Poliomyelitis 24, 219 — Infantile Hypothyreose 480.
H. Köster und **K. Herxheimer.** Lichenoide Trichophytie 352.
K. Kothny. Chininresistente Malaria 219.
Josef Kovacz. Rosenbachsches Tuberkulin 228.
H. L. Kowitz. Infektiöse Erkrankungen der Harnorgane 50.
H. L. Kowitz. Pyelozystitis 248.
Krabbel. Tuberkelbazillen im strömenden Blut 34.
Kramer. Dukes Krankheit 180.
C. Krämer. Subkutane Tuberkulindiagnose 464.
N. Krasnogorski. Arbeit der Großhirnrinde 192.
W. Krasmöller. Schulangst 272.
Alois Kreidl und **Emil Lenk.** Fettgehalt der Milch und Labungsgeschwindigkeit 85, 205.
M. Kretschmer. Neuropathie 253.
Kreuter. Tetanusfrage 371 — Serumbehandlung bei Tetanus 373.
Kristjanson, Yates und **Bunting.** Ätiologie der Bantischen Krankheit 309.
Kroll-Lifschütz. Eosinophilie und exsudative Diathese 352.
Fritz Krone. Balneotherapie 195, 354.
E. H. Krumbhaar. Anämie mit Splenomegalie 478.
Charles Krumwiede jun., Matthias Nicoll jun. und **Josephine S. Pratt.** Übertragung von Scharlach auf Affen 23, 137, 220.

Kruse. Erreger von Husten und Schnupfen 41.
W. Kruse und **Paul Selter.** Gesundheitspflege des Kindes 169.
Franz F. Krusius. Schule und Auge 272.
R. Kudicke und **H. Sachs.** Immunisierung und Komplementbindung 205.
Kühl. Milchversorgung im Deutschen Reiche 360.
Hugo Kühl. Borsäure als Milchkonservierungsmittel 84.
Kühlmann. Röntgenbehandlung der tuberkulösen Lymphdrüsen 381.
Wilhelm Kulka. Diphtheriebekämpfung 220.
Jakob Kurissis. Angeborene Kyphose 263.
Masanobu Kusunoki. Perniziöse Anämie 43, 238 — Lymphomatosis granulomatosa 239.
J. R. Kuth. Angeborene Knochenlues 307.
Fr. Kutscher. Nebenagglutinine 441.
A. Kutschera. Kropf und Kretinismus in Tirol und Vorarlberg 46.
A. Kutschera und **R. v. Aichbergen.** Therapeutische Tuberkuleinreibung 36.
H. Küttner. Angeborener Turmschädel 58.
O. Kutvirt und **F. Scherer.** Mittelohrentzündung 492.

Henri Labbé und **Georges Vitry.** Periodisches Erbrechen 204.
G. J. Laben Pyelitis 421.
E. Laekner und **A. Levinson.** Kaliumpermanganatprobe der Spinalflüssigkeit 434.
Ladd. Säuglingsernährung 414.
M. Ladd. Homogenisierte Milch 447.
Maynard Ladd. Einfluß von Alkalien auf die Magenmotilität 192.
Laffer. Juvenile Paresis 253.
G. Lafon. Übertragung des Pankreassekrets auf die Mutter 246.
Lagane. Kala-Azar 142.
L. Lagane. Seröse Ependymitis 253.
L. Lagane und **Louis Géry.** Ependymitis serosa 253.
L. Lagane und **A. B. Marfan.** Paroxydase der Frauenmilch 85.
W. Lahm. Hydrop universalis 234.
N. P. O'Gorman Lalor. Malariaparasiten 197.
A. Lamalle. Säuglingsfürsorge in Lüttich 269.
E. Lambling und **A. Boulois.** Hungerazetonurie 208.
L. Lamy. Hochstand des Schulterblattes 263.
M. Landau. Nebenniere bei Anenzephalie 241.
Mlle. Landesmann und **F. Balzer.** Skrofulo-Tuberkulose 239.
Landis und **Kaufmann.** Diagnose der Tuberkulose 228.
Erich Landsberg. Eiweiß und Mineralstoffwechsel 208.
J. F. Landsberg. Fürsorge für nicht seßhafte Jugendliche 335.
O. Landsberger. Prognose bei Typhus 459.
Richard Landsberger. Einfluß der Zähne auf die Entwicklung der Nase 259.
R. Landsteiner und **J. Herzig.** Methylierung von Eiweißstoffen 84.
Lange. Pädiatrie und Orthopädie 162 — Spiroskop 194 — Epiphysenlösung 262.
C. de Lange. Verhungerte Säuglinge 201.
Cornelia de Lange. Hungernde Säuglinge 177 — Pirquetsche Reaktion 181 — Barlowsche Krankheit 256.
Sidney Lange. Röntgentherapie bei vergrößerter Thymus 241.
Joseph Langer. Bienenstich und Bienengift bei chronisch-rheumatischen Erkrankungen 278.
Frederick Langmead. Knochendeformität und Splenomegalie 246 — Chorea 317.
L. Langstein. Pyelitis 50.
Leo Langstein. Diätetik 132 — Volksernährung im Kriege 408.
Langstein. Vorbeugende Maßregeln gegen Tuberkulose 419 — Geburtenrückgang und Säuglingsschutz 426.
Leo Langstein. Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus 426.
L. Langstein und **A. Benfey.** Nierenkrankheiten 248.
L. Langstein und **F. Rott.** Beruf der Säuglingspflegerin 500.
Lanz. Diagnose bei Appendizitis 483.
James Walter Mc Laod und **Casimir Funk.** Bildung eines Peptons aus Kaseinogen 83.
C. Paget Lapage. Spezialunterricht in Säuglingshygiene 191.
Larenz. Alimenteneinziehung 426.

Guy Laroche, Ch. Richet fils und **Fr. Saint-Girons.** Alimentäre Anaphylaxie gegen Eiweiß 197.
Larozière. Krampfartige Verengerung der Speiseröhre 243.
Harald Larsen. Schädeldeformität 259.
W. P. Larson und **J. P. Sedgwick.** Komplementfixation gegenüber dem Bacillus abortus 197.
Jula C. Lathrop. Säuglingsfürsorge in den Vereinigten Staaten 269.
Laubie. Masern 220.
Ch. Laubry und **Pezzi.** Aortenstenose 234.
P. Lavialle. Wirkung der Hitze auf Saccharose 85, 205.
Laviolle und **G. Variot.** Zuckerreiche Nahrung bei Intoleranz des Magens 204.
Rudolf Lawatschek. Enterale Resorption von genuinem Eiweiß 13, 201 — Aleukämie mit aplastischem Blutbilde 308.
O. Laxa. Bedeutung der Wiesen und Weiden für die Milchwirtschaft 85.
Erwin Lazar. Elternkonflikt 250.
E. Lazar und **E. Redlich.** Kindliche Selbstmörder 52.
Stafford Mc Lean und **Hans Bahrdt.** Flüchtige Fettsäuren im Darm 81, 198.
O'Leary. Akute Ileokolitis 243.
E. Leblanc. Mißbildungen des rechten Herzens 265.
A. Lechler. Spulwurmkrankheit 243.
Max Lederer. Gesetzentwurf über Jugenderziehung 394 — Bezirksheimstätte in Schlackenwerth 404.
Richard Lederer. Bedeutung des Wassers für Konstitution 85 — Exsudative Diathese und Wasserstoffwechsel 208.
Valerie Lederer. Raynaudsche Krankheit 319.
I. Ledermann. Ösophagusstriktur 421.
R. Ledermann. Lues congenita und Serodiagnostik 232.
Leebler und **Brüning.** Rostocker Kinderklinik 404.
G. Leendertz. Angeborene allgemeine Wassersucht 234.
Horace Leguecq. Fondation Pierre Budin 269.
Lehmann. Säuglingsbad 195 — Mundkrankheiten 260.
Walter Lehmann und **Siegfried Wolff.** Pneumokokkenmeningitis und Behandlung mit Optochin 140.
Lehnerdt. Rumination 358.
Anton Lehnert. Ekzem und Neurodermitis 155, 352.
Heinrich Lehndorff. Agonale Sepsis 238 — Lehrbuch der Kinderkrankheiten 337.
Anna Leibine-Scheivach. Scharlach 220.
Leichtentritt. Eiweißmilch nach Engel 442.
Karl Leiner. Sammelreferat über die dermatologische Literatur 343.
Mello Leitao. Flagellaten-Dysenterie 221.
Hedwig Lemberger. Fürsorge für die aufsichtslose Schuljugend in Wien 406.
Emil Lenk und **Alois Kreidl.** Fettgehalt der Milch und Labungsgeschwindigkeit 85, 205.
Richard Lenzmann. Behandlung des Scharlachs mit Salvarsan 220, 367.
G. Léo. Nabelbruch 262.
Werner Leo. Poliomyelitis 220.
Leopold. Eosinophilie 253.
Jerome S. Leopold. Molkenmodifizierte Milch 85, 201.
C. G. Leo-Wolf. Spasmophilie 213.
Otto Lerch. Thymusfrage 241.
Pierre Lereboullet. L'hopital des enfants malades 271.
P. Lereboullet und **I. Mouriquand.** Varizelleninfektion des Neugeborenen 220.
Lereboullet und **Schreiber.** Kinderkrankheiten 125.
Pierre Lereboullet und **Georges Schreiber.** Sammelreferat 191.
Leriche. Heliotherapie, besonders bei tuberkulösen Erkrankungen 37.
R. Leriche, E. Weill und **G. Mouriquand.** Brauersche Operation 236.
Leroux. Primäre Lokalisation der Lungentuberkulose 143.
A. Lesage. Atrophie 201 — Atrophie-Athrepsie 132, 201 — Hyperästhetische Zonen 194 — Stillzimmer 269.
A. Lesage und **C. Bobillier.** Amöben-Dysenterie 220.
A. Lesage und **M. Cléret.** Pathologische Anatomie der Atrophie 201.

Erich Leschke. Pneumokokkenangina 370.
Ed. Lesné. Alimentäre Anaphylaxie 197.
F. Lesser und **R. Klages.** Verhalten syphilitischer Neugeborener gegenüber Wa.-R. 40.
Fritz Lesser und **Richard Klages.** Wassermannsche Reaktion 232.
F. Lesser und **M. Soldin.** Kongenitale Syphilis der Säuglinge 470.
Maurice Letulle. Angeborene Herzaffektionen 234.
Maurice Letulle und **Chaussé.** Kongenitale Herzmißbildungen 234.
Jos. Leuwer. Nebennierenpräparate bei Rachitis 257.
C. Levaditi. Virus der Poliomyelitis 197.
C. Levaditi und **Arnold Netter.** Diffuse akute Myelitis 254 — Diffuse und transversale Myelitis 254.
C. Levaditi und **J. Pignot.** Neuronophagie bei Poliomyelitis 220.
Karl Levi. Abortiver Scharlach in den ersten Lebensmonaten 19, 220.
A. Levinson. Krupp und Pseudokrupp 491.
A. Levinson und **E. Lackner.** Kaliumpermanganatprobe der Spinalflüssigkeit 434.
Levy. Suspensionslaryngoskopie 424.
David J. Levy. Nervosität 253.
Pierre-Paul Levy und **Jules Renaut.** Myelitis nach Typhus 223.
L. T. Lewald und **C. H. Smith.** Einfluß der Körperlage auf die Magenverdauung 275.
F. Lewandowsky. Tuberkulide 352.
Lewis. Zellgehalt der Milch 85.
Lewis und **Grulee.** Angeborene Pylorusstenose 312.
Henry F. Lewis. Spina bifida 265.
William Howard Lewis. Hyperthyreoidismus 241.
Lichtenberg. Angeborene Pylorusstenose 311.
A. Lichtenstein. Ernährung mit Eiweißmilch 7 — Masern im Säuglingsalter 455.
Rita Lichtenstein. Pylorospasmus 243.
Moissei Liebermann. Geburtsverletzungen 211.
G. Liebermeister. Sekundäre Tuberkulose 378.
Liebmann. Psychische Behandlung von Sprachstörungen 74.
H. Liefmann. Säuglingssterblichkeit und Wohnungsfürsorge 498.
Else Liefmann. Aufenthalt im Schweizer Hochgebirge 195.
Wilhelm Liepmann. Eklampsie und Anaphylaxie 213.
Piero Ligabue. Spina bifida 265.
J. I. Linde und **S. B. Kleiner.** Hirschsprungsche Krankheit 421.
Lindemann und **Georgs.** Milchproduktion und Milchverwertung in Schleswig-Holstein 83.
Alfred Lindemann. Purinstoffwechsel 208.
Ervin Lindenberger. Hyperpyrexie nach Hautabschürfung 258.
L. Lindet. Mineralisation der Kaseine 205.
Georg Link. Hydrops bei fötaler Thrombose 210.
Georg Linzenmeier. Verschluß des Ductus arteriosus Botalli 234.
L. Liperovsky. Elastisches Gewebe der Milchdrüse 85, 205.
Lissmann. Sexualität und Schule 75.
Elsa v. Liszt. Berliner Jugendfürsorge 405.
Litterer. Antityphusimpfung 417.
Litzner. Herdreaktion in der Lunge nach Tuberkulinimpfung 467.
S. Liwschiz. Kaseinfrage 12.
S. Liwschütz. Kasein oder Parakasein 85 — Nachweis von Kasein in den Fäzes 85.
Loaec und **Voron.** Tumor in der Regio sacralis 263.
Oskar Lobeck. Entkeimen der Milch 205.
E. Lochert und **P. Stephani.** Amerikanische Freiluftschulen 428.
Löffler. Tuberkulöse Hüft- und Kniegelenkserkrankungen 468.
Carl Lofft. Infantiler Myxödem 319 — Mikromelis infolge Chondrodystrophia foetalis 322.
W. R. Logan. Darmflora 85, 201.
A. Lohmann und **Eduard Müller.** Elektrokardiogramm bei Herzfehlern 234.
Ernst Löhnberg und **Fritz Duneker.** Angeborene Defektbildung sämtlicher Extremitäten 496.
Harry R. Lohnes, Sherman und **H. de Witt.** Ziegenmilch 87, 206.
F. Löhnis. Keimgehalt der Milch 85 — Biorisatorverfahren 85 — Vorzeitiges Gerinnen der Milch

85 — Titration der Milch mit Alkohol 85.
W. Löhr. Behandlung des Keuchhustens 376.
Georg Lomer. Graphologische Kennzeichen des Schwachsinns 253 — Schriftstörung bei Chorea 395.
Lommel. Bronchitis und Bronchiolitis 387.
Longevialle. Einfluß der Zuckerung der Milch auf Erbrechen 201.
R. N. Looney. Epidemische Zerebrospinalmeningitis 417.
A. Lorand. Menschliche Intelligenz und ihre Steigerung 75.
Th. Lorcenzen. Biorisator 205.
Friedrich Lorentz. Gewerbehygienische Belehrungen 272.
H. Lorenz. Zwerchsackhygrom an der Schulter 58.
Aldo Lorenzini. Schleimpfropf des Rektums 211.
P. Loubet. Infantiler Skorbut 256.
E. Lövegren. Alimentäres Fieber 208.
Elis. Lövegren. Blutbefunde bei Melaena neonatorum 15.
R. W. Lovett. Behandlung der Kinderlähmung 417.
Oskar Loew und **Rudolf Emmerich.** Kalkmangel 207.
Lowenburg. Chlornatrium bei Nephritis 315.
H. Lowenburg. Kachektischer Zustand 201.
Harry Lowenburg. Künstliche Ernährung 201.
H. Lowenburg. Nahrungsmischungen für Hospitalskinder 414.
Paul Löwenberg. Latenzstadium der Masern 220.
E. Löwenstein. Immunisierung mit atoxischen Toxinen bei Diphtherie 220.
W. E. Lower. Hirschsprungsche Krankheit 421.
Erna Loewy. Landrysche Paralyse 220.
Lucas. Bronchialdrüsen 239.
William P. Lucas. Frühdiagnose der Masern 220.
William P. Lucas und **Mark H. Wentworth.** Rheumatische Endokarditis 234.
Hermann Lüdke. Behandlung des Typhus mit intravenösen Injektionen von Albumosen 456.
H. Lührig. Lichtbrechung des Chlorkalziumserums 85.
F. Luithlen. Veränderungen der Hautreaktion 34.
Louis Luithlen. Beriberi 253.
F. Luna. Gärungsprobe im Stuhl 208.
Francesco Luna. Ernährung mit Milchmehlen 201.
v. Lüpke. Kriegsnot der unehelichen Kinder 269.
Lusseau. Melaena vera 212.
F. Lust. Friedmannsches Tuberkulosemittel 70.
Franz Lust. Bedeutung des Kalkes 208, 362.
F. Lust und **F. Rosenberg.** Poliomyelitis 220.
H. Lustig. Entwicklungsgeschichte der Mamma 192.
Lüttge. Familiäre Erkrankungen des Nervensystems 253.
P. Luttinger. Keuchhusten 417.
Wilhelm Lutz. Allgemeine Wassersucht 16, 235.
G. D. Lyman. Diätetik des Ekzems 324.

Mabbot. Säuglingsernährung mit Obermilch 414.
Luigi Maccone. Extrapulmonale Lokalisation des Pneumokokkus 220.
William Macewen. Döhlesche Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 220.
A. Machard. Osteosynthese nach Lambotte 327.
Henry T. Machell. Hirschsprungsche Krankheit 243.
M. Maçon. Zentrale für Säuglingsfürsorge in Bayern 426.
S. Maggiore. Technik der Blutentnahme 194 — Alexingehalt des Blutes und der Anaphylaxie 228 — Blutbefunde bei Tuberkulose 228 — Stillen und Tuberkulose 228 — Tracheobronchiale Adenopathie 240 — Kindliche Malaria 463 — Schallabschwächungen am Thorax 472.
Salvatore Maggiore. Thoraxuntersuchungen 194 — Lumbalflüssigkeit nephritischer Kinder 248 — Lungenuntersuchung 420.
R. Magnus. Vergiftung mit Phosphorlebertran 266.
E. Magnus-Alsleben. Ödeme 392.
E. P. Magruder. Kinderlähmung der unteren Extremitäten 221.
Fritz Magyar. Pemphigus vulgaris 221 — Gonitis luetica 232.
Marcel Maillet. Anämie 238.

Main. Epileptisches Kind 422.
E. Maixner jun. und **A. v. Decastello.** Verhältnis der Leukozyten- und Blutplättchenzahlen 476.
A. A. Makower. Wachstum 208.
Malarte und **L. Guinon.** Antityphöse Bakteriotherapie 218.
Malarte und **Guinon.** Punktion des Perikards nach Marfan 234.
Mallet. Benigne Meningokokkenzerebrospinalmeningitis 221.
Mamrot. Diabetes insipidus und Infantilismus 54.
M. Manca. Malaria wahrscheinlich kongenitalen Ursprungs 221.
Massimo Manca. Mongolenflecke 258.
M. Mann. Lehrbuch der Tracheo-Bronchoskopie 172, 186.
John B. Manning. Appendizitis 243, 244.
John B. Manning und **Fred J. Fassett.** Stillsche Krankheit und Arthritis deformans 249.
W. P. Manton. Asphyxie 212.
Marcard. Akkommodationskrampf beim Kinde 259.
Fritz Marchand und **Ernst G. Dresel.** Ruhrinfektionen 216.
Marfan. Epigastrische Punktion des Perikard 41 — Chronische tuberkulöse Peritonitis 144.
A. B. Marfan. Anhäufung von Säuglingen 195.
A. B. Marfan und **L. Lagane.** Paroxydase der Frauenmilch 85.
A. B. Marfan, H. Dorlencourt und **Fr. Saint-Girons.** Mineralstoffverluste durch den Stuhl 136, 208.
René Marie und **H. Rouèche.** Hämoglobinurie 248.
Marion. Ruptur der Harnröhre 248.
Marix. Frakturen des Schenkelhalses 262.
H. Jakob Markert. Aphasia congenita 253.
Malcom Yeaman Marshall. Azidose 208.
J. C. Martin. Trichotillomanie 422.
Friedrich Martius. Konstitution und Vererbung 213.
F. Masay. Infektionen des Fötus 364.
M. S. Masloff. Entwicklung der großen Gefäße 235.
J. H. Mason, Martha Tracy und **Knox jun.** Phosphatausscheidung 84, 208.
R. Massalongo und **C. Piazza.** Achondroplasie 257.
M. Masslow. Einfluß des Phosphors 208 — Gehalt der Organe an Phosphor 208 — Phosphorarme Ernährung 208.
Masson und **Abrand.** Zystischer Tumor der glosso-epiglottischen Furche 261.
Albert Mathieu. Magengeschwür 244.
J. Matko. Milzpulsation bei Vitium cordis 235.
Ch. Mattéi. Endokrine Drüsen bei Athrepsie 241.
M. Matthes und **A. Rannenberg.** Wirkung von tryptischen Verdauungsprodukten auf Typhusbazillen 438.
Matti. Hasenschartenoperationen 492.
Hermann Matti. Thymus und Morbus Basedowii 241.
M. Mauclaire. Osteomalazie 257.
E. Maurel. Einfluß von Vater und Mutter auf den Neugeborenen 192.
Max Maurenbrecher. Schulprogramm der Großstadt 409.
Maurice. Konvulsionen 253.
Hans Mautner. Moniliaart bei chronischer Bronchitis 197 — Parendomyces pulmonalis Plaut 197.
Hans Mautner und **E. P. Pick.** Durch Schockgifte erzeugte Zirkulationsstörungen 440.
A. Mayer. Hungerfieber beim Neugeborenen 443.
Adolf Mayer. Homogenisieren der Milch 205.
Artur Mayer. Tuberkelbazillen im strömenden Blute 228.
E. Mayer. Wirbelsäulenverkrümmung und Schule 272.
Hermann Mayer. Kompendium der Kinderheilkunde 410.
Leo Mayer. Subluxation des Knies 263.
Otto Mayer. Diphtheriebekämpfung 221 — Y-Dysenteriebazillen 280.
E. Mayerhofer. Mikromelie 257 — Sklerodermie 324 — Mesenteraler Darmverschluß im Kindesalter 483.
Ernst Mayerhofer und **Franz Roth.** Kalorische Betrachtungsweise der Säuglingsernährung 201.
Lucien Mayet. Entwicklung des kindlichen Körpers 198.

E. Mayr. Ländlicher Haushaltungsunterricht 409.
P. Mazé und **Auguste Pettit.** Milchernährung des Kaninchens 85.
E. Mazoyer. Schutz und Überwachung 272.
Meaux-Saint-Marc und **Monier-Vinard.** Rhythmus des Herzens bei Scharlach 221.
J. Meier. Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz 499.
Josef Meier. Demonstration eines Buches 63.
Grace Meigs. Ernährung und Ernährungsstörungen 201.
G. Meillère. Milchanalyse 85.
Meine und **Jones.** Infektiöse Endokarditis 234.
C. Meinert, Vollrath Thiele, Walter Schöne, A. Oeser und **Wilhelm Arnoldi.** Milchversorgung norddeutscher Städte 85.
Walter Meinshausen. Abstoßung der Diphtheriemembranen 221.
Josef Meisel. Struma congenita 241.
Eduard Melchior. Kongenitale tiefe Duodenalstenose 150, 244.
Felix Mendel. Optochinbehandlung der Pneumonie 473.
Lafayette B. Mendel. Wachstum 208.
Lafayette B. Mendel und **Thomas B. Osborne.** Einfluß des Butterfettes auf das Wachstum 86 — Aminosäuren und Wachstum 209 — Bedeutung der Nahrung für das Wachstum 209 — Einfluß von Lebertran auf das Wachstum 209 — Hemmung des Wachstums und die Wachstumsfähigkeit 209.
A. Mendelsohn und **L. Michaelis.** Labferment 205.
Menetrier. Zerebrospinalmeningitis 221.
Enrico Mensi. Wassermannsche Reaktion und Salvarsanbehandlung 232.
Mercier und **Nobécourt.** Typhus 140.
Pr. Merklen. Ausschließliche Ernährung mit Milch 201.
Pierre Merle. Rachicentese 194.
Méry. Serumkrankheiten und Serophobie 129.
Méry und **Parturier.** Fehlen der rechten Brustdrüse 265.
H. Méry und **G. Heuyer.** Hereditärluetische Erkrankung beider Tibien 232.
H. Méry und **Lucien Girard.** Hautemphysem bei Masern 221.
H. Méry und **G. Heuyer.** Akute Nebenniereninsuffizienz 241.
H. Méry, H. Salin und **A. Wilborts.** Asystolie bei akuter Herzdilatation 235.
Metcalf. Azidose mit Autointoxikation 322.
E. Metschnikoff. Darmbakterienflora 201.
H. v. Mettenheimer. Latente Lues 232.
v. Mettenheimer-Götzky. Lues und Schwachsinn 70.
H. v. Mettenheimer, F. Götzky und **F. Weihe.** Erfahrungen aus der Kinderklinik in Frankfurt a. M. 188.
Adolf Metzl. Hebammenprämien in Friedland in Böhmen 269, 402.
R. Meurer. Biorisator 85, 205.
Edgar Mey. Abdominalschmerzen bei Scharlach 221.
Arthur William Meyer. Nabelstruktur des Neugeborenen 191.
Ad. H. Meyer und **J. Jacobsen.** Keuchhustenbazillus 437.
A. E. Meyers. Benzolbehandlung bei lymphatischer Leukämie 309.
Sidney J. Meyers. Keuchhustenbehandlung 221.
Posthumus Meyes. Mesothorium bei Taubheit 278.
L. Michaelis und **A. Mendelsohn.** Labferment 205.
K. Michelsen. Calvé-Pertheshe Krankheit 485.
Michiels. Intrakutane Serumreaktion 129.
Fr. Mielke. Spitzendämpfung 127.
J. Milhit. Bronchiektasie und Heredosyphilis 232.
Miller. Ernährung mit hohen Eiweiß- und Kohlehydrat- und niedrigen Fettmengen 132.
J. W. Miller. Dermatitis exfoliativa 258.
D. J. Milton Miller. Otitis media 260.
Reginald Miller und **James A. Davidson.** Nervöse Komplikationen der Varizellen 221, 293.
Sydney R. Miller Koplicksche Flecken als Zeichen einer Anaphylaxie gegen Hühnereiweiß 197.
E. Mironesch und **E. Friedberger.** Wirkung der ultravioletten Strahlen auf Vakzine 4.

Julius Misch. Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde 170.
P. Misch. Säuglingskrippe 426.
Missimilly. Mumps 221.
A. Ph. Mitchel. Tuberkulöse Milch in Edinburg 85.
Alex. Mitchell und **H. M. W. Gray.** Appendizitis 243.
E. W. Mitchell. Säuglingsatrophie in Hospitälern 414.
Edward Clay Mitchell. Infektion der Harnwege 421.
S. O. Mitschnik. Peptonmilch 205.
Mittelhäuser. Säuglingsfürsorge 426.
Charles M'Neil. Anaphylaxie und Status lymphaticus 178 — Abnormale Konstitution 213.
L. Emmet Mock. Hakenwurmkrankheit 244.
Enrico Modigliani. Eiweißmilch 85, 202.
R. D. Moffett. Maßbrett 413 — Saugflasche 415.
Gustav Mohr. Säuglingssterblichkeit 269, 334.
G. A. Moleen. Neurologie der akuten Kinderlähmung 417.
Leopold Moll. Stillstuben 402 — Säuglingssterblichkeit in Österreich 269 — Säuglingsfürsorgerin 401 — Reichsanstalt in Wien 403 — Mutterberatungsstellen und Kriegsfürsorge 409.
W. Möller. Kongenitale Tuberkulose 31.
Henry Nicholas Moeller und **W. Morgan Hartshorn.** Vakzinebehandlung des Keuchhustens 141, 218.
Max Moltrecht. Pirquetsche Kutanreaktion 194.
Moncorvo fils. Säuglingsfürsorge in Brasilien 269.
Monier-Vinard und **Meaux-Saint-Marc.** Rhythmus des Herzens bei Scharlach 221.
L. Monod und **Variot.** Symmetrische Lipome der Fußsohle 263.
Lorenz Monod und **G. Variot.** Nährwert der Rohmilch 87, 206. — Kongenitale Verengerung der Arteria pulmonalis 236.
Raoul Monod, A. Broca und **H. Salin.** Angeborene Halsfistel 264.
Montague. Ärztliche Schulaufsicht 272.
Alfonso Montefusco. Diphtheriezidive 222 — Noma nach Infektionskrankheiten 222.
R. Monti. Zwerchfellshernie 265 — Gangrän des Meckelschen Divertikels 244.
Montlaur und **Huselo.** Epidermolysis bullosa 258.
E. E. Moody. Schicksche Diphtherieprobe 418.
Moody und **Crulee.** Goldchloridreaktion der Zerebrospinalflüssigkeit 276.
E. E. Moody und **M. P. C. Woodruff.** Schickreaktion bei Diphtherieepidemien 417.
Otto Moog. Serotherapie des Scharlachs 222.
W. C. Mooij und **C. J. Koning.** Milch 84.
Moore. Chirurgische Behandlung der Kinderlähmung 222 — Diabetes mellitus 256 — Enurese 422.
J. C. Moore und **H. M. Mc Clanahan.** Stuhluntersuchungen 414.
W. Moores. Alkoholprobe und Alizarolprobe 85 — Milchprüfung 85.
V. Morax. Gonorrhoische Ophthalmie 259.
Albert Morel und **Georges Mouriquand.** Vergleichung des Blutes der Mutter und des Neugeborenen 192.
P. Morély. Darminvagination 244.
A. Morelle. Nierentuberkulose 228.
J. J. Moren. Diagnose der Lähmung 422.
H. J. Morgan. Frühgeborenes Kind 416.
Kurt Morgenstern. Beziehungen des Herzmuskels zur Spasmophilie 213.
Sergius Morgulis und **W. J. Gins.** Kalkgehalt der Knochen von normalen und thymektomierten Albinoratten 311.
R. Frey Moricheau-Beauchant und **Rameix.** Akute Ataxie nach Masern 222.
Morimoto. Melaena neonatorum 244.
Moro. Rezidivierende Nabelkoliken 47 — Lebertrantherapie 72.
E. Moro. Einfluß der Molke auf das Darmepithel 8 — Neuropathie 253.
E. Moro und **H. Hahn.** Artspezifizität der Molkenwirkung auf Darmzellen 8.
E. Moro und **L. Kloemann.** Wirkung von Kuh- und Menschenmolke auf Kälberdarmzellen 9.

Morse. Keuchhusten 142 — Säuglingsernährung 202 — Infektiöse Diarrhöe 415.
John Lovett Morse. Keuchhusten 222.
Morse und **Wyman.** Blutdruck bei Anämie 126.
Mosapp. Schulstrafen 272.
Moses. Schulstrafen 272.
Julius Moses. Krieg und Schulgesundheitspflege 272.
E. L. Moshage und **J. A. Kolmer.** Schicksche Immunprobe bei Diphtherie 291.
Mosher. Übungen der Bauchmuskulatur 277.
Ernst Mössmer. Nachkrankheiten des Scharlachs 222.
K. Motzfeld. Angeborene Mißbildung der Nieren und der Harnwege 48.
Mounier. Beeinträchtigung der Nasenatmung 261.
E. J. Moure. Akute Hypertrophie der Mandeln 240.
Mouret und **Péhou.** Akute allgemeine Tuberkulose 229.
I. Mourieand und **P. Lereboullet.** Varizelleninfektion des Neugeborenen 220.
Mouriquand. Status adiposo-genitalis 150.
Georges Mouriquand. Adiposogenitaler Symptomenkomplex 256.
Georges Mouriquand und **Albert Morel.** Vergleichung des Blutes der Mutter und des Neugeborenen 192.
G. Mouriquand, E. Weil und **R. Leriche.** Brauersche Operation 236.
Mouzou und **Regnard.** Poliomyelitis 222.
Archibald Bruce Movallum und **Arthur Harden.** Enzymwirkung auf Kaseinogen 84.
Frank Moxon. Refraktionsbestimmungen 278.
Hans Much. Lues 383.
A. E. Mucklow. Säuglingsernährung 415.
Mulherin. Eiweißmilch 202.
Müller. Milchleistungsprüfung bei Ziegen 85.
Muller und **Savy.** Epitheliom der Niere 248.
Ed. Müller. Medikamentöse Pertussisbehandlung 297.
Eduard Müller. Poliomyelitis 222 — Behandlung des Wundstarrkrampfes 373.
Erich Müller. Tuberkulose im Kindesalter 228, 380.
Erich Müller und **Hans Kern.** Herstellung der Eiweißmilch 84.
Erich Müller und **Ernst Schloss.** Anpassung der Kuhmilch an die Frauenmilch 11 — Herstellung der Nahrungsmischungen 356.
Georg Müller. Riesenwuchs 257.
Johannes Müller. Breslauer Schulbank 272.
L. Müller. Entstehung der Myopie 259.
Wilhelm Müller. Chirurgische Tuberkulose 468.
Murlin. Respirationsapparat 286.
R. J. Murlin und **H. C. Bailey.** Energiebedarf des Neugeborenen 415.
J. R. Murlin und **B. R. Hoobler.** Energetischer Stoffwechsel 208 — Energieumsatz 286.
Murschhauser. Hungerstoffwechsel 209.
Hans Murschhauser und **Artur Schlossmann.** Stoffwechsel im Hunger 210.
W. E. Musgrave. Kindersterblichkeit auf den Philippinen 269.
Mutel. Angeborene Klumphand 263.
Myers. Stillfragen 202.
Bernard Myers. Zungenkauen 318.

D. N. Nabarro, R. R. Armstrong und **F. J. Poynton.** Chronische rekurrierende Diarrhöe 202.
Valerie Nadel. Flimmerarhythmie 235.
Fritz Näf. Eiweißmilch 202.
Nageotte-Wilbouchewitch. Skapularic 253.
Marie Nageotte-Wilbouchewitch. Isolierung bei Scharlach und Masern 222 — Hochstellung des Schulterblattes 263 — Skoliose durch Abszeßbildung 263 — Spina bifida occulta 156, 265.
A. E. Naish. Trockenmilch 205.
Vitangelo Nalli. Organische Säuren im Säuglingsharn 209.
V. Naoumoff. Scharlach 222.
Narath. Hasenschartenoperationen 493.
Erich Nassau. Krieg und Stilltätigkeit 426.
Nassauer. Schülerverbindungen und Schülerwohnungen 75.
Eberhard Nast. Eiweißgehalt des Blutes 192.
J. Nathansen. Chondrodystrophie 257.

Marcel Natier. Rezidiv der adenoiden Vegetationen 240.
Neal und **Du Bois.** Meningitis 319 — Streptokokkenmeningitis 422.
Josephine B. Neal, Phebe L. Dubois und **A. Zingher.** Experimentelle Poliomyelitis 216.
Neau. Kontagiosität der Masern 222.
M. van Neck. Angeborene Knochenbrüchigkeit 257.
Neff. Abgerahmte Brustmilch 130. — Ernährung des kranken Säuglings 202 — Tuberkulose 419.
de Negeiros-Rinaldi und **Adolfo Ferrata.** Lymphoide Vorstufe der hämoglobinhaltigen Normoblasten und Megaloblasten 238.
Eugen Netter. Stillen 202.
Arnold Netter. Akute diffuse Myelitis 253.
A. Netter und **Ribadeau-Dumas.** Choreiforme Symptome bei Poliomyelitis 25, 222.
Arnold Netter und **C. Levaditi.** Diffuse akute Myelitis 254 — Diffuse und transversale Myelitis 254.
Neubauer. Wunde Brustwarzen 202.
Paul Neuda. Quinckesches Ödem 235.
G. A. Neuffer. Ophthalmia neonatorum 423.
H. Neuhof. Mastdarmpolyp 422.
Neumann. Schulkinderuntersuchungen in Westerburg 272.
Fritz Neumann. Trinkerfürsorge und Jugendschutz 406.
Kl. Neumann. Lage unehelicher Mütter und Kinder in England 269.
R. Neurath. Meningocephalitis heredosyphilitica 232 — Angeborenes Lymphangiom 240.
Rudolf Neurath. Allergische Reaktion mit Bordet-Gengouschem Keuchhustenendotoxin 375.
Edm. v. Neusser. Anämie 171.
Newlin. Chorea 254.
Alfredo Niceforo. Gewicht der Neugeborenen 212.
Nicholson und **Judson.** Blutdruck 125.
S. T. Nicholson jun. und **John F. Hogan.** Wirkung des Bac. acidi lact. auf Diphtherie 222.
L. Nicolaysen. Sommersterblichkeit in Kristiania 10.
Lyder Nicolayser. Sommersterblichkeit in Kristiania 334.
Nicod. Behandlung der Hüftgelenksluxation 263.
Nicoll. Gonokokkenseptikämie mit Arthritis nach Scharlach 418.
Nicoll und **Park.** Intraspinale Einführung des Tetanusheilserums 139.
Matthias Nicoll jun., Charles Krumwiede jun. und **Josefine S. Pratt.** Übertragung von Scharlach auf Affen 23, 137, 220.
Charles Nicolle. Kala Azar 222.
Albert Niemann. Fettanreicherung der Säuglingsnahrung 85 — Stoffwechsel bei exsudativer Diathese 411 — Einfluß der Nahrung auf die Harnsekretion 449.
Albert Niemann und **Kurt Frank.** Einfluß veränderter Nahrung auf die Kohlensäureproduktion 207.
W. Niemyska. Endokarditis parietalis congenita 235.
P. Nieuwenhuijse. Tuberöse Hirnsklerose 254.
Erich Nirrnheim. Blutdruck 192.
Niesenson. Scharlachepidemie in Warschau 222.
Fritz Noack. Übergang der mütterlichen Scheidenkeime auf das Kind 248.
Nobécourt. Azotämie 136.
P. Nobécourt. Nachweis des Kochschen Bazillus 194.
Nobécourt. Ätiologie der gastrointestinalen Störungen 202 — Behandlung des Erbrechens 202 — Behandlung der Ernährungsstörungen 202 — Funktionelle Herzstörungen 235 — Herzkrankheiten 235 — Organische Herzerkrankungen 235 — Hygiene des Geistes 250.
Nobécourt und **Ch. Bidot.** Azotämie und Aschengehalt der Fäzes 209.
Nobécourt und **Marcel Maillet.** Hämokonien 194.
Nobécourt und **Mercier.** Typhus 140.
Nebécourt und **F. Mercier.** Enzephalomeningeale Reaktionen bei Typhus 222.
Edmund Nobel. Pneumothoraxtherapie 228 — Aneurysma der Bauchaorta 235 — Pneumonie 237 — Lymphatische Leukämie 238 — Acholurischer Ikterus 245 — Hämolytischer Ikterus 245 — Paroxysmale Hämoglobinurie 248 — Pseudotetanus 254 — Ninhydrinreaktion 469.

Else Nockmann. Mangangehalt der Milchsalze 86.
C. T. Noeggerath. Beobachtungen aus der Freiburger Kinderpraxis 431.
Noeggerath und **Zondek.** Nephropathie 71 — Nierenerkrankung 49.
H. Noguchi. Pockenvakzine 328.
Noguchi, Flexner und **Amoss.** Poliomyelitiskeim 280.
Max Nonne. Syphilis congenita in dritter Generation 232.
C. G. Norris. Diagnose und Therapie der Gonorrhöe 461.
Charles E. North. Verschiedene Milchsorten 205.
Hugo Nothmann. Bananenmehl in der Ernährung 283.
Josef Novak. Brustdrüsen und innere Sekretion 241.
Nicola Novaro. Radikalbehandlung der Inguinalhernie 262.
W. B. Noyes. Atypische Kinder 422.
Nussbaum. Klumpfuß 495.
E. Margaret Nuth. Freiluftерziehung 272.
Heinrich Nützel. Mißbildungen der oberen Hohlvene 265.

Oebbecke. Schulbank 273.
M. Obé. Meningokokken in der Lumbalflüssigkeit 434.
E. Oberndörfer. Klinische Terminologie 190.
R. J. E. Oden. Hydrozephalus 422.
David Mc M. Officer. Interessante Gehirnfälle 262.
F. Oehlecker. Anomalie der Niere und des Ureters 248.
Friedrich Oehler. Kongenitaler Nierendefekt 248.
J. Oehler. Röntgentiefentherapie bei chirurgischen Krankheiten 381.
Aceste Ollari. Thymus 241.
D'Oelsnitz. Heliotherapie bei Tuberkulose 228, 229.
D'Oelsnitz und **Paschetta.** Röntgenuntersuchung der Tracheobronchialdrüsenerkrankung 149.
Ombrédanne. Knochenplastik 157.
A. Onodi. Nasennebenhöhlenerkrankungen 326.
H. Opitz. Friedmannsches Tuberkuloseheilmittel 229.
E. A. Oppenheim. Kupferlezithinpräparate bei chirurgischer Tuberkulose 145.
Karl Oppenheimer. Stillprämien und Beratungsstellen 426.
Norris G. Orchard. Nervöse Anorexie 254.
Orlisse. Scharlachpneumonie 237.
R. Villa Ortiz. Farbe der Schröpfköpfe 194.
Thomas B. Osborne und **Lafayette B. Mendel.** Einfluß des Butterfettes auf das Wachstum 86 — Aminosäuren und Wachstum 209 — Bedeutung der Nahrung für das Wachstum 209 — Einfluß von Lebertran aufs Wachstum 209 — Hemmung des Wachstums und die Wachstumsfähigkeit 209.
A. Oeser, C. Meinert, Vollrath Thiele. Walter Schöne und **Wilh. Arnoldi.** Milchversorgung norddeutscher Städte 85.
R. v. Ostertag. Tuberkulose und Milch 205.
Ostheimer. Infektiosität bei Scharlach 418 — Fragilitas ossium 423.
Maria Ostler. Geburtenrückgang und Arbeiterschaft 330.
Stanislaus Ostrowski. Larosanmilch 86.
Adolf Oswald. Endemischer Kretinismus 254.
H. Oswald. Behandlung des endemischen Kretinismus 46.
O. Ottoson. Hämorrhagische Diathese bei Geisteskranken 54.
A. V. Oven. Bestimmung des Fettes in der Milch 86.

D. Pacchioni. Ernährungsstörungen 133.
Paderstein. Dermoidzyste der Konjunktiva 166.
Page. Säuglingsstühle 415.
Emilia Palmegiani. Achondroplasie 257, 489 — Milchzucker in Frauenmilch 205.
G. T. Palmer. Tuberkulinreaktion des Brustkindes 299.
Leroy S. Palmer und **Leslie H. Cooledge.** Laktochrom 86.
Leroy S. Palmer und **C. H. Eckles.** Karotin 86 — Pigmente des Milchfettes 86.
Richard Paltauf. Defekt in der Vorhofscheidewand 265.
M. Pappenheim und **C. Grosz.** Neurosen und Psychosen des Pubertätsalters 52.
Alwin Pappenheimer. Thymusexstirpation 310.
Paraf, Triboulet und **Albert Weil.** Purpura 238.

Simeon Paraschtschuk. Dauerhaftigkeit der Milch 86.
W. H. Park. Übertragung der Tuberkulose 464.
Park und **Nicoll.** Intraspinale Einführung des Tetanusheilserums 139.
William H. Park und **Abr. Zingher.** Schicksche Reaktion 452.
Park, Zingher und **Serota.** Aktive Immunisierung bei Diphtherie 127.
William H. Park, Abraham Zingher und **H. M. Serota.** Schicksche Reaktion 126, 194.
J. Porter Parkinson. Gelbe Leberatrophie 245.
John Parkinson und **Robert Hutchison.** Paroxysmale Tachykardie 234.
Parturier und **Méry.** Fehlen der rechten Brustdrüse 265.
Paschetta und **D'Oelsnitz.** Röntgenuntersuchung der Tracheobronchialdrüsenerkrankung 149.
H. Pässler. Diathese und Konstitutionsanomalie 16, 213.
A. Pasquier. Ozaena 261.
Patein und **Deval.** Veränderungen der Frauenmilch 86.
Georg Patzowsky. Hebammenprämien 269, 331.
Gustav Paul. Impfung 497.
G. Paul-Boncour. Kinderepilepsie und Brombehandlung 254.
Marc Paunz. Durchbruch tuberkulöser Tracheobronchialdrüsen 145—Nebenhöhlenentzündungen der Nase bei Scharlach 180, 222.
L. Pearce. Gonokokken bei Kindern und Erwachsenen 280.
Marice Péhu und **Josef Chalier.** Akute Leukämie 238.
Péhu und **Favre-Gilly.** Typhus beim Säugling 139.
Péhu und **Gardère.** Akute Enzephalitis bei hereditärer Syphilis 232.
Péhu und **Mouret.** Akute allgemeine Tuberkulose 229.
Otto Pelper. Pirquetsche Tuberkulinreaktion 194.
Amalie Peiser. Stoffwechsel bei Ammenmilch und Eiweißmilch 286.
J. Peiser. Fettaustausch in der Säuglingsernährung 86, 134.
Rinaldo Pellegrini. Enzephalitis bei Heredosyphilitikern 232.
Sigismund Peller. Einfluß sozialer Momente auf den Entwicklungszustand der Neugeborenen 137 — Gewicht der Neugeborenen 15, 212.
Siegfried Peltesohn. Verletzungen des oberen Humerusendes bei Geburtslähmungen 152, 262 — Respiratorische Thorax- und Wirbelsäulendeformitäten 264 — Dornfortsatzdefekt 265.
M. E. Pennington, J. S. Hepburn, E. Ch. St. John, E. Witmer, M. O. Stafford und **J. J. Burrel.** Bakteriologische und fermentative Veränderungen der Milch 86.
O. Pentagna. Syphilis hereditaria tarda 419, 471.
W. H. Pepler. Intussuszeption 211.
E. Périer. Appendizitis bei Varizellen 222.
Perin. Dementielle und epileptische Zustände 254.
Peritz. Hydrozephalus mit hypophysären Symptomen 167.
G. Peritz. Spasmophilie und Epilepsie 254.
Perkins. Epidemiologie von Keuchhusten, Masern, Scharlach und Diphtherie 418.
George Pernet. Purpura 323.
Perrot. Unterkiefertuberkulose 229.
Karl Peter. Epithelperlen 261.
Ignatz Péteri. Transitorisches Fieber 288.
Peters. Beeinflussung der Schulleistungen 273.
E. W. Peterson. Darminvagination 421.
G. Petraschewskaja. Paratyphöse Peritonitis 222.
Marie Petri. Aus der Kinderstube 195.
Petruschky. Perkutane Immunisierung 465.
Heinrich Petry. Nasenbluten 184.
Alfred Petterson und **Karl Kling.** Keimträger bei Poliomyelitis 219.
Auguste Pettil und **P Mazé.** Milchernährung des Kaninchens 85.
v. Peyrer. Chondrodystrophie 257.
Pezzi und **Ch. Laubry.** Aortenstenose 234.
v. Pfaundler. Körpermaße von Schulkindern 73.
C. G. Pfeiffenberger. Schilddrüsenstörungen 241.
K. Pfeiffenberger. Schiddrüsenstörungen und Kropf im Bezirke Imst 46.
Pfyl und **Turnau.** Bestimmung des Kaseins 86.

Phélip. Inguinale Hodenhernie 262.
Phélip und **Galop.** Dermoidzyste der Nabelschnur 262.
Phélip und **Tartois.** Akute generalisierte Peritonitis 244.
Phélip und **Tréves.** Thyreoiditis 46.
Philbert. Radiographische Bilder von hereditärer Syphilis 232.
Philbert und **Broca.** Osteomyelitis 261.
Philbert, Ribadeau - Dumas und **Wolfrom.** Bronchopneumonie 237.
J. Philipowicz. Röntgentherapie der Lymphdrüsentuberkulose 36.
Philippe und **Ribadeau-Dumas.** Pyodermie 156.
C. Piazza und **R. Massalongo.** Achondroplasie 257.
A. Pic, P. Dufour und **P. Durand.** Kongenitale Zyanose 235.
E. P. Pick und **Hans Mautner.** Durch Schockgifte erzeugte Zirkulationsstörungen 440.
v. Pidoll. Zentralstelle für Kinderschutz und Jugendfürsorge 403.
R. H. Pierson. Poliomyelitis 223.
J. Pignot und **C. Levaditi.** Neuronophagie bei Poliomyelitis 220.
Pilsky. Geburtenrückgang 269.
A. Pinard. Schädlichkeit bestimmter Sauger 195.
Felix Pinkus. Jugendfürsorge auf der schweizerischen Landesausstellung 405.
Pironneau. Kontagiosität der Säuglingsdiarrhöe 202 — Epidemische Zerebrospinalmeningitis 223 — Meningitis acuta 254.
v. Pirquet. Graphische Analyse kutaner Reaktionen 35 — Frühzeitige Erkenntnis der Tuberkulose 229, 419.
Cl. Frh. v. Pirquet. Levinsonscher Mundspatel 195 — Nabelverband 195 — Länge und Gewicht bei Neugeborenen 212.
G. R. Pisek. Milch im armen Haushalt 269.
Gustavo Pittaluga. Kinder-Kalaazar und Hundeleishmaniose 223.
Klotilde Pizzata. Thrombose des Hirnsinus nach Masern 223.
W. Plange und **H. Schmitz.** Vorkommen und Verbreitung von Diphtheriebazillen 438.
B. P. B. Plantenga und **J. D. Filippo.** Milch 86.
Martha Plaut. Defekt des Herzbeutels 235.
A. F. Plieque. Behandlung des Arthritismus 213.
H. Pohl. Chemotherapie der Tuberkulose 37.
Otto Polák. Therapie des Erysipels mit Antidiphtherieserum 370.
M. Pollak. Spina bifida 265.
R. Pollak. Diphtherie nach Durchstechen der Ohrläppchen 20.
W. Polligkeit. Fürsorge für nicht seßhafte Jugendliche 335.
Pollitzer. Kalorische Ernährung 415.
H. Pollitzer. Röntgenbehandlung der Milz bei chininresistenter Malaria 223.
Hans Pollitzer. Chronischer Gelenkrheumatismus 370.
F. Poensgen. Salvarsanbehandlung bei Scharlach 223.
Mario Ponzo. Binet-Simonsche Methode 250.
H. W. Pooler. Einfluß des Einkommens auf Stillfähigkeit 269.
Erwin Popper. Papaverin 4, 196 — Schwinden der Tuberkulinreaktion während Pertussis 223 — Pertussis 28, 223, 375.
Erwin Popper und **Rudolf Fischl.** Lordotische Dispositionsalbuminurie 316.
O. Porges. Wirkung der Zuführung von Fett bei der Haferkur 202.
Porte. Hirschsprungsche Krankheit 244.
L. Porter. Renaler Infantilismus 421.
L. Porter und **A. Weeks.** Megakolon und Mikrokolon 313.
H. Poeschel. Hirschsprungsche Krankheit 244.
W. C. Posey. Angeborener Star 423.
Potel und **Hardouin.** Hodentumore 262.
R. Pott. Tentoriumzerreißungen in der Geburt 212.
P. S. Potter. Infektiöse Purpura 456.
Philip S. Potter. Fieber unklaren Ursprungs 413.
Philip Sheridan Potter. Intestinale Toxämie beim Neugeborenen 416.
Potvin. Stielgedrehte Ovarialzysten 248.
R. J. Pouget. Dermoidpolyp des Rachens 261.
Léon Pouliot. Milchpulver 202.
Poulsen. Multiple mesenteriale Chyluszysten 47.

Vald. Poulsen. Rohmilchgerinnsel im Säuglingsstuhl 86.
Wald. Poulsen. Eiweißmilch 442.
F. J. Poynton, R. R. Armstrong und **D. N. Nabarro.** Chronisch rekurrierende Diarrhöe 202.
E. Pozerski. Milchgerinnung 86.
Paolo Pozzato. Lungenabszeß 237.
Pradal. Tracheobronchiale Adenopathie 240.
Emil Prašek. Subkutane Infusionen von Kochsalzlösungen bei Cholera asiatica 377.
Josefine S. Pratt, Matthias Nicoll jun. und **Charles Krumwiede jun.** Übertragung von Scharlach auf Affen 23, 137, 220.
Prausnitz. Isolierung ansteckender Krankheiten 160.
Kornel Preisich. Therapie des Scharlachs 223.
Georg Prenger. Unehelichkeit im Königreich Sachsen 189.
E. Pribram und **H. Jaffé.** Spezifizität der Abwehrfermente 353.
George E. Price. Amaurotische Idiotie 254.
Clifford Price und **Frederic H. Thomson.** Übertragung der Infektion auf dem Luftwege 193.
John Priestley. Nervenkrankheiten 254 — Nervöse Schulkrankheiten 318.
E. G. Pringsheim und **W. Schürmann.** Diphtheriebazillen im Originaltupferausstrich 438.
J. Pringsheim, G. Bessau und **J. Schwenke.** Masernantianaphylaxie 292.
F. Prinzing. Behandlung von Scharlach 223.
Eric Pritchard. Säuglingsernährung 202 — Laktation 86, 203 — Trockenmilch 86, 203 — Hydroureter 248 — Nahrungsbedarf 284 — Mutterschule 426.
St. Progulski. Konservierte Frauenmilch 86.
Prunier. Unterernährung 203.
Pryor und **Ford.** Bakteriengehalt erhitzter Milch 204.
J. C. Pryor und **W. W. Ford.** Milchpasteurisierung 83, 204.
J. Przedborski. Askardiasis und Meningitis tuberculosa 244.
Halina Przedpelska. Verhalten des Liquors cerebrospinalis bei älteren Heredosyphilitikern 232.
J. A. Pujol und **Emile Terrien.** Dementia precocissima 254.
Pürckhauer. Säuglingsfürsorge in kleinen Städten 269, 332.
S. Puresseff. Nebennieren bei akuten Infektionen 241.
Frank C. Purser. Myatonia congenita 254.
L. Pussep. Zyste der Glandula pinealis 241.
L. M. Pussep. Hydrozephalus 254.
L. Py. Puerikultur in Frankreich 269.

L. Quadflieg. Mutterschutz 426.

Regolo Rabajoli. Nährmehl 203.
K. N. Rabinovitch. Aminosäure N im Blute 209.
A. Meyer Rabinowitz. Neurologische Fälle 254.
Race. Bakterienzählung in der Milch 415.
Egon Rach. Lungentuberkulose 229 — Radiologie pleuraler Ergüsse 237 — Stridor 237 — Intumeszierende Bronchialdrüsentuberkulose 240.
B. K. Rachford. Rezidivierende Bronchitis 237.
A. N. Rachmanow. Nichtunterbindung der Nabelschnur 195.
E. Rachmilewitsch. Ehrlichsche Reaktion 288.
Raecke. Geistesstörung und Kriminalität 393.
Rademacher. Hebammen und Säuglingsschutz 269, 426.
W. v. Radwanska. Prolapsus uteri 248.
Ragle, Bosworth und **Bowditch.** Kasein 199.
B. H. Ragle, A. W. Bosworth und **H. I. Bowditch.** Molke 414.
Rahts. Morbidität in verschiedenen Altersstufen 59.
G. Raillet. Basedow 241 — Halsrippen 265.
Raimondi. Säuglingsheime in Frankreich 270.
Rall. Diphtheriebazillen in Herpesbläschen bei Diphtherie 438.
Rameix und **R. Frey Moricheau-Beauchant.** Akute Ataxie nach Masern 222.
Walter R. Ramsey. Infektionen der Harnwege 248.
Karl Ernst Ranke. Kindliche Tuberkulose 380.
A. Rannenberg und **M. Matthes.** Wirkung von tryptischen Verdauungsprodukten auf Typhusbazillen 438.

Otto Rapmund. Säuglingsfürsorge und Hebammen 270.
Hugo Raubitschek. Beziehungen mütterlicher Erkrankungen zu den Organen der Föten und Neugeborener 192.
R. W. Raudnitz. Erdnußmilch 356.
Hermann Rautmann. Blutbildung bei fötaler allgemeiner Wassersucht 210.
S. P. Rawls. Kinderpflege 413.
Mariano Lo Re. Zerebrospinalflüssigkeit beim Tremor 253.
E. Redlich und **E. Lazar.** Kindliche Selbstmörder 52.
Regnard und **Mouzou.** Poliomyelitis 222.
Emil Reich. Jugendlektüre 409.
F. Reiche. Behringsches Heilserum bei Diphtherie 223 — Erkrankungen des Appendix 223 — Meningitis bei Diphtherie 223 — Plaut-Vincentsche Angina und Diphtherie 369 — Serumexantheme 439 — Plaut-Vincentsche Rachen- und Mundentzündungen 491.
F. Reichel. Komplikationen der Diphtherie 289.
Reicher. Wesen und Konstitution 213.
Reinach. Säuglingsfürsorge in München 333.
Friedrich Reingruber. Magnesium sulfuricum bei Tetanus 298.
Reinhardt. Milch als Nahrungsmittel 205.
Edwin Reinhardt. Pemphigus neonatorum 223, 352.
Felix Reinhard. Gonorrhöe 223.
Ludwig Reinhardt. Milch als Nahrungsmittel 286.
E. Reinike. Lipoidsubstanzen im Urinsediment 164.
E. Reiss und **Johann Hertz.** Serumbehandlung des Scharlachs 454.
Alexius Reisz und **Zoltán Barabás.** Fermente, die die Eiweiße des Diphtherieserums spalten 281.
H. Reiter. Diphtheriediagnose 452.
Jules Renault und **Thiers.** Unilaterales Glaukom 229.
Jules Renaut und **Pierre-Paul Lévy.** Myelitis nach Typhus 223.
E. Renaux. Serumreaktionen bei Keuchhusten 223.
G. Repaci. Meningitis tuberculosa 229.
L. F. Rettger. Einfluß der Milchernährung 415.
Karl Retzlaff. Blutzucker 209.
Reuben. Splenomegalie 315 — Pylorusstenose 421.
A. v. Reuss. Schleimkonkretionen im Mekonium 209 — Hydrozephalus 254 — Bitemporales Kephalhämatom 262.
A. v. Reuss und **Theodor Franz.** Harn der ersten Lebenstage 207.
A. v. Reuss und **Max Zarfl.** Chronische Laktosurie 209, 416.
Charles Rey. Pneumokokkenmeningitis 223.
Edgar Reye. Endocarditis verrucosa 386.
Heinrich Reye. Spasmophilie 213.
Reys. Madelungsche Mißbildung 184.
J. H. W. Rhein. Geistesstörungen 422.
Adolf Rheindorf. Oxyuris vermicularis 244.
Ribadeau-Dumas. Tuberkulöse Kavernenbildung 229.
Ribadeau-Dumas und **A. Netter.** Choreiforme Symptome bei Poliomyelitis 25, 222.
Ribadeau-Dumas und **Philippe.** Pyodermie 156.
Ribadeau-Dumas und **J. Rolland.** Subakute Tuberkulose 229.
Ribadeau-Dumas, Philbert und **Wolfrom.** Bronchopneumonie 237.
Hugo Ribbert. Lehrbuch der allgemeinen Pathologie 501.
Rich. Empfindlichkeit zum Hühnereiweiß 416.
Richards. Tuberkulöse Zervikaladenitis 305.
George Richardson. Rumpel-Leedesches Phänomen bei Scharlach 223.
John B. Richardson. Darminvagination 421.
Ch. Richet fils, Guy Laroche und **Fr. Saint-Girons.** Alimentäre Anaphylaxie gegen Eiweiß 197.
H. Droop Richmond. Milch 86.
Max Erich Richter. Pathologie des tierischen Fötus 210.
J. W. Riddell, John Cowan und **Arch. W. Harrington.** Pneumoperikard 236.
Georg Riebold. Diphtheriebazillenträger 23, 223.
Eduard Riedel. Körperlänge von Münchener Schulkindern 198.
G. Riether. Schlagworte für die Säuglingspflege 500.
Rietschel. Pathologie und Therapie der kongenitalen Syphilis 233.

Rietschel, Heidenhain und **Ewers.** Fieber nach Kochsalzinfusionen 209.
Hans Rietschel. Natürliche Ernährung des Neugeborenen 203 — Übertragung der angeborenen Syphilis 233.
H. Riffart. J. Tillmans und **A. Splittgerber.** Ammoniakgehalt der Milch 87, 206 — Konservierung von Milchproben 87, 206.
C. Eugene Riggs. Juveniler Tabes 254.
Riha. Keuchhusten 418.
Rimer. Säuglingsernährung 415.
H. Rinne. Blutelemente beim Fötus 211.
Marcel Riser. Perakute Zerebrospinalmeningitis 223.
Rissmann. Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit 498.
Vilma Ritscher. Kongenitale Nierendystopie 248.
E. Ritterhaus. Hydrozephalie 254.
S. Riva-Rocci. Kruppöse Pneumonie 237.
Lucien Rivet. Hautemphysem 258.
Rivet. Puerikultur 270.
Clive Riviere. Schutz gegen tuberkulöse Infektion 229.
L. Bruce Robertson. Pirquetsche Reaktion 194.
L. B. Robertson und **A. Brown.** Bluttransfusion 413.
Jane I. Robertson. Angeborene Herzmißbildung 235.
John Robertson. Säuglingsfürsorge 426.
T. B. Robertson. Pränatales und postnatales Wachstum 413.
William Robertson. Isolierung des Scharlachs 224.
J. Rocca. Mortalität an Keuchhusten, Masern und Scharlach 224.
Charles Roche und **Cassoute.** Gonorrhoische Ophthalmie 259.
H. L. Rocher. Leberechinokokkenzyste 245 — Inguinale Hodenektopie 152, 248.
L. Rocher. Torticolis 265.
Rochrich. Behandlung des Tetanus 224.
J. A. Roddy. Wassermannsche Reaktion 470.
Roedel. Chininbehandlung der Bronchopneumonie 474.
Hans Roeder, Curt Bieling und **B. Spinak.** Geländebehandlung bei herzkranken Kindern 196.
Roederer. Abbottsche Methode 264.
Charles Roederer und **Max Bouvaist.** Radiusdefekt 265.
Roederer und **Savariaud.** Kniegelenkstuberkulose 229 — Pektoralesdefekt 265.
Rogers. Kindeshygiene in Südkarolina 426.
O. F. Rogers jun. Hauttuberkulinreaktion 299.
L. A. Rogers und **Arnold G. Dahlberg.** Milch 86.
Hermann Rohleder. Geburtenrückgang 76.
P. Rohmer. Adrenalin-Pituitrinbehandlung 4 — Kalziumbehandlung bei Spasmophilie 18 — Diphtherieschutzimpfung nach Behring 139.
Paul Rohmer. Säuglinge in einer großstädtischen Proletarierbevölkerung 270.
P. Rohmer. Asthma cardiale 69, 387.
A. Rohn. Postdiphtherische Larynxstenose 289.
Roler. Säuglingsernährung 203.
J. Rolland und **Ribadeau-Dumas.** Subakute Tuberkulose 229.
H. D. Rolleston und **E. J. Boyd.** Addisonsche Krankheit 241. 310.
B. Rollet. Intrauterine miliare Tuberkulose 31.
B. Roman und **A. Ghon.** Anatomie der Kindertuberkulose 301.
Ernst Romberg. Behandlung des Unterleibstyphus 377.
Hermann Römer. Rostocker Kostkinder 270.
E. Rominger. Behandlung der Phimose 57.
Erich Rominger. Abderhaldensches Dialysierverfahren bei Rachitis 257 — Pellidolsalbenbehandlung bei Ekzemen 56, 352.
Henning Rönne und **Harald Boas.** Familiäre Syphilis bei parenchymatöser Keratitis 231.
W. C. Röntgen. Abhandlungen über die X-Strahlen 502.
Roepke und **Bandelier.** Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose 411.
A. Rosam. Gehalt der Milch an Mikroorganismen 205.
B. Rosati. Lumbalteratom und Rachischisis 496.
R. Rosemann. Einfluß des Ammonsulfats auf Milchzucker 86.

v. Rosen. Lungentuberkulöse Kinder 229.
F. Rosenberg und **F. Lust.** Poliomyelitis 220.
J. Rosenbloom und **J. P. Mc Kelvy.** Angeborener hämolytischer Ikterus mit Splenomegalie 421.
B. Rosenbluth. Neurosen und Psychoneurosen 254, 255.
E. C. Rosenow. Ätiologie des Gelenks- und Muskelrheumatismus 224.
J. Rosenstern. Spasmophile Diathese 213.
Felix Rosenthal und **Erich Kleemann.** Einwirkung von mütterlichem und fötalem Serum auf Trypanosomen 126.
E. Roesle. Geburtenrückgang 338.
Edward Halford Ross. Zelleinschlüsse bei Scharlach und Masern 224.
E. Rossiwall. Pyämie nach Scharlach 224.
Rost. Kaseinkalziummilch 283.
Gr. Rostowzeff. Subsellien 428.
Franz Roth und **Ernst Mayerhofer.** Kalorische Betrachtungsweise der Säuglingsernährung 201.
Henry Roth, Charles Herrman und **Eugene P. Bernstein.** Gaucher'sche Krankheit 246.
Paul B. Roth. Poliomyelitis 294.
Karl Corn. Rothe. Sonderelementarklassen für sprachkranke Kinder 75.
Arthur Cecil Hamel Rothera und **Lilias Charlotte Jackson.** Milch, Milchzucker, Leitfähigkeit und Gefrierpunktserniedrigung 84.
Rott. Hebammen und Säuglingsfürsorge 270 — Unterstützungen an stillende Mütter 331 — Museum für Säuglingskunde 426.
F. Rott und **L. Langstein.** Beruf der Säuglingspflegerin 500.
Johann Bapt. Roetzer. Säuglingssterblichkeit in Altbayern 189.
J. Roubinovitch. Soziale Anpassung abnormer Kinder 250.
Pierre Rouché. Diphtheriebazillenträger 224.
H. Rouèche und **René Marie.** Hämoglobinurie 248.
Rouéche, Clément und **Sorel.** Wiederholung des Scharlachs 216.
P. Rouffiac und **E. Joltrain.** Meningeales Syndrom 219.
J. Rouillard und **Henri Claude.** Rachitis durch Thyreoidektomie der Eltern 256 — Rachitis und Knochendystrophien 256.
G. Rovere. Involution des Thymus 241.
Rowe. Herters Infantilismus 415.
Ch. Rowe. Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum 224.
Rubin. Vesikovaginalfistel 248.
K. v. Ruck und **H. J. Achard.** Spezifische Resistenz bei Tuberkulose 229.
A. E. Rude und **F. M. Holselaw.** Morbidität und Mortalität in San Franzisko 334.
Rudler. Rektalprolaps 244.
Robt. La Rue. Herzmassage bei scheintot geborenen Kindern 212.
Ruh und **Cole.** Pemphigus neonatorum 140.
John Ruhräh. Masernprophylaxe 224 — Behandlung des Pylorospasmus 244.
F. Rusca. Pertussis geheilt durch Laparotomie 28, 224.
Russell. Antityphusvakzination 224.
G. Rutelli. Therapie der Meningokokkenmeningitis 224, 462.

H. Sachs und **R. Kudicke.** Immunisierung und Komplementbindung 205.
Otto Sachs. Analstenose 313.
Nicolas Sagredo. Würmer und Appendizitis 244.
Josef Sailer. Sprengels Krankheit 264.
Fr. Saint-Girons. Eiweißkörper des Blutserums bei Infektionskrankheiten 193.
Fr. Saint-Girons, A. B. Marfan und **H. Dorlencourt.** Mineralstoffverluste durch den Stuhl 136, 208.
Fr. Saint-Girons, Guy Laroche und **Ch. Richet fils.** Alimentäre Anaphylaxie gegen Eiereiweiß 197.
C. Sakaki. Behandlung des Scheintodes 212.
Paul Salecker. Infantilismus 242.
Salge. Ärztliche Ausbildung und Kinderfürsorge 270, 426.
B. Salge. Beruhigung schreiender Säuglinge durch Anblasen 127 — Behandlung der Rachitis 257 — Stellung der Ärzte in der Säuglingsfürsorge 400.
Bruno Salge. Blutuntersuchungen bei tuberkulösen Kindern 229.
H. Salin, A. Broca und **Raoul Monod.** Angeborene Halsfistel 264.

H. Salin, H. Méry und **A. Wilborts.** Asystolie bei akuter Herzdilatation 235.
E. Salomon. Anorchie 265.
H. Salomon. Diabetes 256 — Aphthae tropicae 261.
S. Saltykow. Atherosklerose 471.
Guglielmo Salvetti. Pirquetsche Reaktion 194, 464.
Salzer. Augenerkrankungen 260, 335.
O. Salzmann. Porenzephalie 255.
Louis W. Sambon. Pellagra 256.
S. Samelson. Energiebedarf in den ersten Lebensmonaten 209 — Exsudative Diathese 451.
Margot A. J. Sannes-Sannes und **Ida Bosman-de Kat Angelino.** Schicksal von 740 Kindern 211.
Fernandez Sanz. Basedow 242.
Hideo Sasto. Röteln 352.
Shiro Sato. Entwicklung der Atrioventrikularklappen 235.
L. W. Sauer. Parapneumonisches Empyem 308.
Sauer. Hemiparesen und Hemiplegie 419.
P. W. Saunders. Friedreichsche Krankheit 255.
William G. Savage. Kontrolle der Milchversorgung 206.
Savariaud. Littlesche Krankheit 255 — Falsche Koxalgien 264.
M. Savariaud. Appendizitis 244.
Savariaud und **Roederer.** Kniegelenkstuberkulose 229 — Pektoralesdefekt 265.
Savy und **Muller.** Epitheliom der Niere 248.
Vittorio Scaffidi. Übertragung des anaphylaktischen Zustandes 197.
I. A. Schabad. Stoffwechsel bei angeborener Knochenbrüchigkeit 209.
Erich Schade. Leberfunktionsprüfung mittels Lävulose 449.
Hermann Schaefer. Phagozytose bei akuten Infektionskrankheiten 193.
A. Schanz. Skoliosenbehandlung 398.
Schatz. Primäre Nasendiphtherie 418.
Max. Schatzmann. Hämatologie der Variola und Vakzine 224.
Johannes Scheide. Zystenbildung in der Prostata 248.
H. Schelble. Ernährungsstörungen 9 — Enterale Infektion 10.
Scheltema. Pylorospasmus 186, 244.
G. Scheltema. Tetanus 224 — Tuberkuloseinfektion 229.
W. Schemensky. Thyreoaplasie 390.
W. Schemensky und **R. Isenschmid.** Leukozyteneinschlüsse 366.
F. Scherer und **O. Kutvirt.** Mittelohrentzündung 492.
v. Scheurlen. Schularztorganisation in Württemberg 273.
Schewandin. Lexersche Arthrodese am Sprunggelenk 57.
B. Schick. Myxödem 255 — Progressive Paralyse 255 — Osteoarthropathie 257.
B. Schick und **Karl Kassowitz.** Ausgeglichene Diphtherietoxin-Antitoxin-Mischungen 196.
A. Schiff. Auslösung transitorischer Albuminurien 49.
Fritz Schiff. Serologisches Verhalten eineiiger Zwillinge 129.
Walter Schiller und **Herbert Koch.** Reaktionsfähigkeit tuberkulöser Hautstellen auf Tuberkulin 194, 352.
Schippers. Behandlung chronischer Darmkatarrhe 176 — Luetinreaktion 306.
J. C. Schippers. Wiederkäuen 203.
Hans Schirokauer. Zuckerstoffwechsel beim Lymphatismus 14.
Eugen Schlesinger. Schularzt in der Fortbildungsschule 273.
Felix Schleissner. Ätiologie des Scharlachs 454.
Felix Schleissner und **Oskar Bail.** Schulmaßnahmen gegen übertragbare Kinderkrankheiten 271.
Rich. Schlichting. Jodbehandlung des Rachens 224.
E. Schloss. Wirkung anorganischer und organischer Kalkphosphorpräparate 450.
Ernst Schloss und **Leonh. Frank.** Trikalziumphosphat als Knochenbildner 13, 209 — Wirkung von Lebertran und Phosphorlebertran beim künstlich ernährten rachitischen Kinde 55.
Ernst Schloss und **Erich Müller.** Anpassung der Kuhmilch an die Frauenmilch 11 — Herstellung der Nahrungsmischungen 356.
Schloessmann. Askariden 244.
Artur Schlossmann. Drehlade 401 — Geburtenrückgang 270, 403.
Artur Schlossmann und **Hans Murschhauser.** Stoffwechsel im Hunger 210.

Schlutz. Fettresorption bei aktiver Tuberkulose 135 — Fieberlose Konvulsionen 255.
Grete Schmidgall. Scheidenflora 248.
Ad. Schmidt. Pleurapunktion 472.
Gustav Schmidt. Übertragung von Maul- und Klauenseuche durch die Milch 206.
Hans Schmidt. Säuglingsberatungsstelle und Milchküche München-Westend 402.
Otto Schmidt. Antiqua oder Fraktur 273.
Rudolf Schmidt. Fermente im Darminhalt 210.
Schmincke. Pathologisch-anatomische Demonstrationen 61.
Anton Schmitt. Angeborener partieller Riesenwuchs 257.
H. Schmitz und **W. Plange.** Vorkommen und Verbreitung von Diphtheriebazillen 438.
Walter Schneider. Blutuntersuchungen bei Keuchhusten 224.
Johannes Schoedel. Säuglingsfürsorgestelle in Chemnitz 270,426.
G. Schofmann und **E. Freudenberg.** Resorptionsversuche am überlebenden Kälberdarm 8.
B. Scholz. Urtikaria 258.
Bernhard Scholz. Friedmannsches Tuberkuloseheilmittel 383.
Christian Schöne. Dosierung des Diphtherieheilserums 196.
Walter Schöne, C. Meinert, Vollrath Thiele, A. Oeser und **Wilhelm Arnoldi.** Milchversorgung norddeutscher Städte 85.
Rosalie Schönilies. Mutterschaftsversicherung 426.
Schönowsky v. Schönwies. Jugend und Wehrkraft 407.
Schottmüller. Staphylomykose der Luftwege und Lunge 237.
Schrader. Todesfälle nach der Stocklage 159.
Ernst Schreiber. Aktive Diphtherieimmunisierung nach Behring 224.
Schreiber und **Lereboullet.** Kinderkrankheiten 125.
Georges Schreiber und **François.** Infantiler Skorbut 256.
Georges Schreiber und **Pierre Lereboullet.** Sammelreferat 191.
Burchard v. Schrenck. Säuglingssterblichkeit in Riga 60 — Geburtenrückgang 338.
Herm. Schridde. Status thymolymphaticus 365.
Fritz Schröder. Atresia ostii aortae 235.
Hermann Schröder. Vakzinebehandlung 196.
Samuel Barnett Schryver. Kasein und Kaseinogen 86.
Marie Schubert. Behandlung der Furunkulose mittels Thermokauter 258, 352.
Schulte und **Woltring.** Rote Blutkörperchen im Harn 316.
Werner Schultz. Scharlachbehandlung 224.
W. Schultz und **F. Ditthorn.** Antigenbehandlung des Typhus 457.
W. Schultz und **L. R. Grote.** Abderhaldensches Dialysierverfahren bei Scharlach 224.
M. Schulze. Tetanus neonatorum 224.
Ernst O. P. Schulze. Os naviculare pedis 57 — Schlattersche Krankheit 57.
M. Schuhmacher. Erythema nodosum 352.
Johannes Schürer und **Georges L. Dreyfus.** Postdiphtherische Polyneuritis 23, 216, 369.
W. Schürmann und **O. Hartoch.** Diphtherieserum bei Reinjektion 368.
W. Schürmann und **E. G. Pringsheim.** Diphtheriebazillen im Originaltupferausstrich 438.
Helene Schuster. Haemangioma cavernosum im Herzen 235.
Richard Schute. Nabelschnurbruch 212.
Schute. Natürliche Ernährung und Gewichtsverhältnisse 451.
Gg. Schütt. Temperaturverhältnisse bei Neugeborenen 212.
Hans Schütz. Entwicklungsanomalie der Vena cava superior 235.
Schwartz. Enuresis 255.
Erwin Schwarz. Deformierung des Hüftgelenkes 264.
F. Schweinburg und **M. Damask.** Tierversuch durch Milzimpfung bei Tuberkulose 465.
J. Schwenke, G. Bessau und **J. Pringsheim.** Masernantianaphylaxie 292.
Henri Schwers. Streptokokkenperitonitis 24, 224.
Henri Schwers und **Alb. Wagner.** Rundzellensarkom beider Nieren 249.
Fritz Schwyzer. Azidose und Anstrengung 210.

Seornet. Milztumor 151.
C. L. Scudder. Röntgenuntersuchung bei Pylorusgeschwulst 312.
Charles L. Scudder. Pylorusstenose 244.
Sedgwick. Röntgendiagnose 195.
J. P. Sedgwick und **W. P. Larson.** Komplementfixation gegenüber dem Bacillus abortus 197.
Reinhold Seeberg. Geburtenrückgang in Deutschland 76.
Richard Seefelder. Angeborene Anomalie des Auges 260.
O. Seemann und **E. Kahn.** Schlechte Erfahrungen mit dem Friedmannschen Mittel 38.
Siro Segagni. Glyzyltriptofanprobe 195 — Pneumokokkenperitonitis 225.
Segard. Hilusdrüsentuberkulose 229.
Otto Seidel. Behandlung der Diphtherie 453.
Otto Seifert. Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel 412.
Seiffert. Milchentkeimungsverfahren 285.
G. Seiffert. Reinzüchtung des Pockenerregers 5 — Volksernährung im Kriege 426 — Bayerns Geburtenzahl und Säuglingssterblichkeit 427 — Krieg und Säuglingssterblichkeit 427 — Säuglingsfürsorge in Bayern 427.
Seitz. Säuglingsfürsorge auf dem Lande 332.
A. Seitz. Sekundäre Appendizitis bei Scharlach 225.
Erich Seligmann. Diphtheriebekämpfung in Berlin 22, 225.
Hugo Selter. Grundrißgestaltung der Schulen 273.
Paul Selter und **W. Kruse.** Gesundheitspflege des Kindes 169.
Serota, Zingher und **Park.** Aktive Immunisierung bei Diphtherie 127.
H. M. Serota, William Park und **Abraham Zingher.** Schicksche Reaktion 126, 194.
Valentina Sertoli. Suggestionsfähigkeit anormaler Kinder 250.
Piero Sessa. Eierstock bei Infektionskrankheiten 249.
James Warren Sever. Bericht aus der Skoliosenklinik in Boston 264.
J. W. Sever und **E. W. Fiske.** Knietuberkulose 419.
L. A. Sexton. Guajakolvergiftung 266.
Henry L. K. Shaw. Ärztliche Überwachung des Kindes 270.
Hermann B. Sheffield. Toxische Wirkung des Hypophysenextraktes 242.
Spencer Sheill. Kongenitaler Ikterus 246.
Sheppard. Ohrenerkrankungen 261.
Sherman und **Johnes.** Einfluß des Zuckers auf Magensekretion 210.
Sherman, H. de Witt und **Harry R. Lohnes.** Ziegenmilch 87, 206.
L. P. Shippen. Bakterienarten in Milch 206 — Bact. cole in pasteurisierter Milch 285.
D. E. Shy. Poliomyelitis 418.
F. Siegert. Thymushyperplasie 71, 481.
C. H. Sieveking. Gewichtstabellen von Brustkindern und künstlich ernährten Säuglingen 270.
G. Hermann Sieveking. Säuglingssterblichkeit Hamburgs 401.
Georg Siewezynski. Therapie der Larynxstenosen 56, **196.**
Albert Sighart. Arterienthrombose nach Infektionskrankheiten 235.
P. Silfverskiöld. Lichtscheu bei skrofulösen Kindern 396.
Silver und **Huber.** Akuter chylöser Aszites 150.
Simin. Ätiologie der Appendizitis 483.
Henry J. Fritz Simmons. Multiple tuberkulöse Knochenherde 229.
Léon Simon. Fötale Mißbildungen 265.
A. Simons. Plethysmographische Untersuchungen 193 — Symmetrischer progressiver Fettschwund 256.
Sinclair. Kinderdiagnostik 413.
J. F. Sinclair und **J. A. Speed.** Ödem bei Gastroenteritis 415.
Gustav Singer. Dysenterie 376.
Luigi Sironi. Infektion mit Paratyphus B. 225.
Paul Sittler. Säuglingsfürsorge 270.
Sitzen. Appendizitis 326.
Awrum Skibinski. Körpergewicht von Münchener Schulkindern 198.
Erich Sluka. Spitzentuberkulose 32, 230.
E. Sluka und **B. Sperk.** Eiweißmilchernährung im Hause und im Spital 6.
Erich Sluka und **Bernhard Sperk.** Eiweißmilch 87, 203.

Donald D. van Slyke. Kasein 87.
Donald D. van Slyke und **Frederick J. Birchard.** Aminogruppe der Eiweißkörper 87.
Lucius van Slyke und **Alfred W. Bosworth.** Wirkung des Natronzitrats auf Lab 82.
Lucius L. van Slyke und **Orrin B. Winter.** Magnesiumkaseinat 87.
Smith. Tuberkulose 230 — Pyelitis 249 — Anus Atresie 266.
Smith und **Sweet.** Untersuchung der Brust 237.
Archibald Smith und **C. S. Mc Kee.** Urethritis durch Gonokokken 249.
C. H. Smith und **L. T. Lewald.** Einfluß der Körperlage auf die Magenverdauung 275.
E. Bellingham Smith Poliomyelitis 225.
Garret Smith. Säuglingsfürsorge 270.
Richard M. Smith. Familiäres Vorkommen von Endokarditis 235 — Organisation einer Poliklinik 271.
T. Smith und **J. H. Brown.** Streptokokken bei Tonsilitisepidemien 285.
Theobald Smith und **Herbert R. Brown.** Atoxische Stämme von Diphtheriebazillen 128.
Snapper. Nachweis von Blut in Fäzes 276.
Snell. Milchproblem 415.
O. von Sobbe. Berechnung des spezifischen Gewichtes der Milch 87.
Georg Sobernheim. Bekämpfung der Infektionskrankheiten 225.
Johannes Sobotta. Doppelmißbildungen 266.
Max Soldin. Fontanellknochen 185.
M. Soldin und **F. Lesser.** Kongenitale Syphilis der Säuglinge 470.
Myer Solis-Cohen. Tuberkulose 230.
Sorel, Clément und **Rouèche.** Wiederholung des Scharlachs 216.
Sörensen. Lähmung bei Keuchhusten 461.
Y. Sorgo. Beeinflussung der Tuberkulinreaktion durch Serum 35.
E. Sorrel und **R. Bensaude.** Megakolon 242.
Southworth. Stärke 203.
C. B. Spalding. Inguinalhernie 262.
E. Spéder und **E. Dubourg.** Latente Bronchialdrüsentuberkulose 230.
J. A. Speed und **L. F. Sinclair.** Ödem bei Gastroenteritis 415.
John Speese. Kongenitale Hypertrophie 257.
B. Sperk. Eiweißmilch 203 — Schwaches Kind 17. 213 — Barlowsche Krankheit 256 — Dermatitis exfoliativa 258, 352.
B. Sperk und **E. Sluka.** Eiweißmilchernährung im Hause und im Spital 6.
Bernhard Sperk und **Erich Sluka.** Eiweißmilch 87, 203.
Spicer. Taschensäuglingswage 413.
A. Spiecker. Friedreichscher Symptomenkomplex 39.
Fritz Spieler. Wiener Rötelnepidemie 352, 418.
Heinrich Spieth. Askaridenerkrankung 244.
Bodo Spiethoff. Wesen und Behandlung der Schuppenflechte 396.
W. G. Spiller. Spastische zerebrale Diplegie 319.
B. Spinak, Hans Roeder und **Curt Bieling.** Geländebehandlung bei herzkranken Kindern 196.
W. Spirig. Disposition bei Diphtherie 225.
Hans Spitzy. Körperliche Erziehung 406.
A. Splittgerber, J. Tillmans und **H. Riffart.** Ammoniakgehalt der Milch 87, 206 — Konservierung von Milchproben 87, 206.
L. M. Spolverini. Asthma 237.
Dimitriy Ssokolow. Photographische Abbildungen kranker Kinder 191.
E. Stadler. Endocarditis lenta 385.
M. O. Stafford, M. E. Pennington, J. S. Hepburn, E. Witmer, E. Ch. St. John und **J. J. Burrel.** Bakteriologische und fermentative Veränderungen der Milch 86.
Stamm. Multiple Sklerose 487.
Karl Stamm. Melaena neonatorum 212.
Staniek, Kirschbaum und **Busson.** Diplococcus lanceolatus in Pemphigusblasen 5, 215.
Hugo Starck. Lehrbuch der Ösophagoskopie 172.
Stärcke-Polenaar. Bereitungsweise von Buttermilch 283.
Emil Starkenstein. Tierkohle 358.
S. de Stefano. Hydrozephalus und Lues 470.
Silvio de Stefano. Hydrozephalus und Syphilis 233 — Kardiotuberkulöse Zirrhose 419, 469.
A. Stegemann. Veränderungen des Myokards und der Herzganglien bei Scharlach 180, 225.

Steinberg und **W. Falta.** Kohlenhydratkur 487.
Steinebach. Hydrozephalus 255.
Steinhardt. Sommerdiarrhöen 203.
F. Steinhaus. Entwicklung von Lernanfängern 428.
Emanuel Steinschneider. Masern 225, 352.
Stelle und **Underhill.** Milchsäure im Urin 203.
Helene Friederike Stelzner. Schulärzte an höheren Schulen 273.
W. Stemmler. Wachsartige Degeneration der Muskulatur bei Infektionskrankheiten 193.
Stephani. Masern als Schulkrankheit 225.
P. Stephani und **E. Lochert.** Amerikanische Freiluftschulen 428.
Stepp. Bronchitis und Pneumonie 237.
W. Stepp. Pleurapunktion 472.
Heinrich Stern. Theorie und Praxis der Blutentziehung 171.
William Stern. Psychoanalyse 250.
Ad. Stetter. Zusammensetzung der Ziegenmilch 87.
Ernst Stettner. Beeinflussung der Katalisatorentätigkeit des Blutes 193 — Schwere Anämie 182, 238.
W. Steuart. Operative Behandlung der Adenoiden 240.
H. C. Stevens. Mongolismus und Syphilis 307.
Beatrice A. Stevenson. Giftigkeit der Muttermilch nach Anwendung von Azetanilid 87.
Stheeman. Magen- und Darmachylie 313.
H. A. Stheeman. Masern 225.
Jacques Stiassnie und **Maurice Delort.** Zerebrospinalmeningitis 216.
J. Stiehler. Schwachbegabte in Fürsorgeerziehungsanstalten 270.
L. Stiénon. Hämolytischer Ikterus 246.
E. Stier. Neuropathisches Kind 486.
O. Stiner. Ätiologie und Diagnose der Pyelozystitis 50.
F. Stirnimann. Wirkung der Vitamine 449.
K. Stolte. Weniger schematische Behandlung von Säuglingen 176.
Stoeltzner. Eiweißmilch 203.
Wilhelm Stoeltzner. Ernährungsstörungen 415.
R. Atkinson Stoney. Spina bifida 266.
A. Storch. Zusammensetzung der Ziegenmilch 87.
Storck. Uneheliche Kriegswaisen 270.
Erich Stoerk. Lymphatismus 213 — Thymusbestrahlung bei Morbus Basedowii 242.
H. C. Storrie. Hämorrhagische und gangränöse Varizellen 293.
Ludwig Stoss. Bauchspalte 266.
M. Strassberg. Vulvovaginitis gonorrhoica 27, 352.
J. Strassburger. Akute Darmerkrankungen im Felde 460.
F. Strassmann. Kindersterblichkeit 266.
Walter Straub. Tetanustherapie mit Magnesiumsulfat 435.
Strauch. Myatonia congenita 255.
August Strauch. Imitations- und Induktionskrankheiten 255.
A. Strauss. Behandlung der Haut- und chirurgischen Tuberkulose mit Lekutyl 383.
N. Stricker. Tuberkulindiagnostik 195.
Francesco Strina. Jodophile Bazillen im Säuglingsstuhl 210.
Strong. Ammoniurie 210 — Anophthalmus bilateralis 210.
A. v. Strümpell. Blutkreislauf und Arteriosklerose 172.
W. Stüber und **G. Fendler.** Nachweis und Bestimmung von Jod in Ölen 4.
J. Stumpf. Bolus alba bei Diarrhöe, Ruhr und asiatischer Cholera 358.
Richard Stumpf. Entartungsvorgänge in der Aorta 236.
C. N. Sturtevant. Herabsetzung der Kohlehydrate bei Ekzemen 415.
Enrique Suñer. Bronchopneumonischer Pseudokrupp 307.
Sutherland Simpson und **R. L. Hill.** Hypophysenextrakt und Milchsekretion 84.
Sweet und **Smith.** Untersuchung der Brust 237.
W. B. Swift. Stimmphänomen bei Chorea 153, 317.
P. H. Sylvester und **F. H. Hibben.** Gasbazillus bei Verdauungsstörungen 446.
Synnott. Kinderschutz 270.
M. J. Synnott. Fazialislähmung 423.
Martin J. Synnott. Säuglingsfürsorge 491.

N. N. Syrensky. Primäre Toxizität des Blutserums bei Infektionskrankheiten 193.
Felix v. Szontagh. Kontagiositätsproblem 179.

Tait. Defekte Kinder 250.
Akira Takahashi. Ecthyma gangraenosum 352.
Kotaro Takahashi. Uteruskarzinom 249.
S. Takashima. Hydrophthalmus 255.
K. Takasu. Säuglingskrankheiten bei natürlicher Ernährung in Japan 177 — Säuglingskakke 203 — Spasmophile Dyspepsie 203.
Talbot. Kinderasthma und Eivergiftung 420.
F. B. Talbot. Energieumsatz 450.
Fritz B. Talbot. Frauenmilch 206.
Fritz B. Talbot und **Francis G. Benedict.** Gasstoffwechsel 13, 135.
Talbot und **Hill.** Einfluß des Milchzuckers auf den Stoffwechsel 135.
Sakae Tamura. Chemische Zusammensetzung der Diphtheriebazillen 5 — In den Bakterien enthaltene Kohlehydrate 5.
H. v. Tappeiner. Anleitung zu chemisch-diagnostischen Untersuchungen 173, 186.
Tartois und **Phélip.** Akute generalisierte Peritonitis 244.
Albert Tassius. Ophthalmoblennorrhoea neonatorum 324.
M. A. Tate. Primäres Leberkarzinom 421.
Taussig. Vulvovaginitis 140.
Sigmund Taussig. Skorbut 256.
E. S. Taylor. Zerebellare Ataxie 255.
J. H. Taylor. Säuglingsernährung 415.
Carlo Tedeschi. Brustmuskeldefekte 266.
V. Tedeschi. Ernährungsstörungen 203.
Fritz Tedesko. Bedeutung der Tonsillen 240.
K. Teichert. Fettbestimmung in Milchpulver 87.
Siegfried Tenzer. Tonsillektomie 44, 240.
Lauri Terhola. Blutveränderungen 87.
Emile Terrin und **J. A. Pujol.** Dementia precocissima 254.
K. Thalacker. Akuter Gelenkrheumatismus 225.
F. Theodor. Ernährung und Pflege der Kinder 500.
A. Thiele. Untersuchung der Schulanfänger 428.
Vollrath Thiele, C. Meinert, Walter Schöne, A. Oeser und **Wilhelm Arnoldi.** Milchversorgung norddeutscher Städte 85.
Thiemich. Amenorrhöe der Stillenden 193.
E. Thiers. Quetschung der Dammschambeingegend 263.
Thiers und **Jules Renault.** Unilaterales Glaukom 229.
Thimm. Epithelkörperchen 432.
Thomas. Angeborene Skoliose 424.
Erwin Thomas. Infektion und Ernährung 203.
J. Thomas. Femurdefekte 266.
Gerhard Thomas. Ossärer Schiefhals 266.
Thomas und **Blackfan.** Rezidivierende Meningitis 423.
E. Thomas und **O. Hornemann.** Ernährung bei Tuberkulose 228.
Oluf Thomsen. Poliomyelitis 225.
John Thomson. Infektion der Harnwege 315.
Frederic H. Thomson und **Clifford Price.** Übertragung der Infektion auf dem Luftwege 193.
J. Thöni. Berner Marktmilch 87, 206.
E. C. Thrash. Intestinale Infektion 230.
Tièche. Differentialdiagnose von Variola und Varizellen 294.
P. Tillaye. Eingeklemmte Hernie 263.
J. Tillmans, A. Splittgerber und **H. Riffart.** Ammoniakgehalt der Milch 87, 206 — Konservierung von Milchproben 87, 206.
T. S. Tirumurti. Wanderungen des Ascaris lumbricoides 245.
Titus. Rohe und erhitzte Kuhmilch 206.
Tivnen. Blindheit infolge von Ophthalmia neonatorum 423.
L. Tixier und **L. Babonnaix.** Hemiplegie beim heredosyphilitischen Kinde 251.
Paula Tobias. Rezidivierende Nabelkoliken 313.
Tobler. Behandlung des Erbrechens 9 — Behandlung des akuten Brechdurchfalles 203 — Behandlung des akuten Infektionszustandes 19.
L. Tobler. Erythema infectiosum 352.

R. Tochtermann. Erworbene Syphilis 233.
Toida. Kongenitale sanduhrförmige Gallenblase 48.
R. Tölken. Mastdarmvorfall 494.
James Mc Caw Tompkins. Streptokokkennephritis 249.
Max Toeplitz. Mandelhyperplasie 240.
J. W. Torbett. Ärztliche Schulaufsicht 273.
Franz v. Torday. Stillen 203.
Van der Torren. Traumatischer Gehirnabszeß 184.
Martha Tracy. J. H. Mason und **Knox jun.** Phosphatausscheidung 84, 208.
Treplin. Kindliche Tuberkulose an der See 230, 382.
Trèves. Tuberkulöse Knochenherde 32.
Trèves und **Phélip.** Akute Thyreoiditis 46.
Triboulet und **Godlewski.** Anwendung des Meerwassers bei Gastroenteritis 133, 203.
Triboulet, Albert Weil und **Paraf.** Purpura 238.
Tridon. Raynaudsche Krankheit 259.
Hermann Triepel. Altersbestimmung bei Embryonen 211.
J. Trinchese. Materne und fötale Lues 470.
Jean Troisier und **Julien Huber.** Anämie durch Hämolysine 238.
Georg Tron. Offenbleiben des Foramen Botalli 236.
Otto Trüdinger. Milchversorgung in Württemberg 170.
J. C. Trumpy. Blutbild bei Skrofulo-Tuberkulose 33, 230.
A. Tschilin-Karian. Lichen scrophulosorum 352.
A. H. Tubby. Chirurgische Tuberkulose 305.
I. Tumpowsky, H. Ginsburg und **A. J. Carlson.** Auftreten des Hungers 284.
Türk. Verseuchung der Milch durch Coccidium oviforme 359.
Turnau und **Pfyl.** Bestimmung des Kaseins 86.
Philip Turner. Syphilitische Leberzirrhose 233..
P. Tutyschkin. Spina bifida 266.
Frank E. Tylecote. Gelbsucht 246.

A. Uffenheimer. Schädlicher Nahrungsrest 64, 356.
Albert Uffenheimer. Heine-Medinsche Krankheit in Bayern 141.
Beth af Ugglas. Eiweißfällung durch Eiweiß 87.
Uhlig. Grundrißgestaltung der Schulen 273.
W. Uhthoff. Okulomotoriuslähmung 260.
Sarah v. Ujj. Dermatitis exfoliativa neonatorum 323.
Chr. Ulrich. Biorisatorverfahren 87.
F. Umber. Flecktyphusartiger Verlauf von Genickstarre 462 — Karamose 487.
Underhill und **Steele.** Milchsäure im Urin 203.
L. Unger. Mißbildungen 266 — Ätiologie der Variolavakzine 377.
Leopold Unger. Ichthyosis congenita 259.
Waldemar Unger und **Georg Dreyfus.** Antitoxinüberschwemmungs- und Narkosetherapie bei Tetanus 374.
Walter Usener. Magnesiumsulfattherapie bei Tetanus traumaticus 374.
Yngvar Ustvedt. Milchepidemie von Diphtherie 289.
Utz. Trockenmilch 87, 206.

R. Vaglio. Leishmaniose 225 — Insufficienza der endokrinen Drüsen 242 — Paratyphus 418 — Paratyphus B mit schwerem Ikterus 459 — Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion und Lues 482 — Hyperplastische Achondroplasie 489.
C. W. Valentine. Farbenempfindung 198.
Giovanni Valtancoli. Radiographie bei hereditärer Spätsyphilis 233.
Variot. Technik der künstlichen Ernährung 204.
G. Variot. Ammenkontrolle 204 — Rachitis 257.
Variot und **Chatelin.** Verlust der Knochensubstanz des linken Os parietale 255.
A. Variot und **Chatelin.** Dextrokardie und Infantilismus 230.
Variot und **Flinlaux.** Wachstumstafeln 210.
Variot und **Grandjean.** Hypertrophie infolge Unterernährung 204.
Variot und **E. Grandjean.** Mikrosphygmie und Mikrozephalie 255.

G. Variot und **Laviolle.** Zuckerreiche Nahrung bei Intoleranz des Magens 204.
Variot und **L. Monod.** Symmetrische Lipome der Fußsohle 263.
G. Variot und **Lorenz Monod.** Nährwert der rohen Milch 87, 206 — Kongenitale Verengerung der Arteria pulmonalis 236.
J. Vas. Physiologie der Sehnenreflexe 126.
Viktor Veau. Diagnostik der Appendizitis 245.
Viktor Veau und **Weber.** Gangrän des Fußes bei Diphtherie 225.
Veeder und **Jeans.** Hereditäre Spätsyphilis 146.
W. H. Veil. Gutartige Albuminurie 151.
R. von den Velden. Telehämostypsis 238.
C. S. Venable. Vernachlässigung der Difformitäten 425.
H. J. Vetlesen. Mongoloide Idiotie 255.
L. A. De Vilbiss. Säuglingshygiene 427.
Petit de la Villéon. Kongenitale Zyste und Polyp des Rektums 245 — Verunreinigung der Apparate 196.
Wesley Grove Vincent. Akute Appendizitis 245.
Samuel A. Visanska. Keuchhusten 225.
Georges Vitry und **Henri Labbé.** Periodisches Erbrechen 204.
K. Vogel. Spondylitis tuberculosa 494.
Karl M. Vogel und **W. G. McCallum.** Tetanie 212.
Hans Vogt. Behandlung der Lungentuberkulose 230.
L. Voigt. Generalisierte Vakzine 266 — Schutzpockenimpfung 497.
F. Volhard. Brightsche Nierenkrankheit 392.
Walter Vollhardt. Unterscheidung mütterlichen und fötalen Blutes 193.
Emil Vollmer. Kinderheilstätten und Seehospize 230.
Paul Vollmer. Tuberkulose im schulpflichtigen Alter 230.
Voretzsch. Scharlachepidemie 225.
Vorkastner. Hereditäre Ataxie 255.
Voron und **Loaec.** Tumor in der Regio sacralis 263.
Voronoff. Schilddrüsen und Myxödem 242.
H. C. von den Vrijhoef. Hirschsprungsche Krankheit 48.
Vulpius. Mesbé bei chirurgischer Tuberkulose 468.

Franz Waas. Kongenitaler Genu valgum 264.
F. L. Wachenheim. Hemimelia thoracica 266.
Fritz Wachsner. Bilaterale Asymmetrie 154.
E. A. Wagner und **Alfred Friedländer.** Diagnose des Keuchhustens 142, 217.
Albrecht Wagner und **Henri Schwers.** Rundzellensarkom beider Nieren 249.
Fritz Wahrendorf. Säuglingsfürsorge 400.
Walcher jun. Konfigurierte Schädel bei engem Becken 212.
Berthe Walch-Kerens. Fürsorge 270.
F. W. Thomson Walker. Harnantiseptika 50.
W. O. Walker. Milch 87.
Walko. Spastische Erkrankungen des Verdauungskanales 47.
Karl Walko. Typhus mit hämorrhagischer Diathese 457.
J. M. Wallfield. Harnblasendivertikel 421.
Wallich. Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensmonat 212.
Alfred C. Wallin. Intestinale Infektion 204 — Drüsentuberkulose 230 — Skorbut 256.
H. A. Walter. Säuglingssterblichkeit in England 270.
Wanietschek. Rumination 445.
Francis Warner. Muskelübungen nach Adenoidenoperation 310.
Alfred Scot Warthin. Miliartuberkulose der Plazenta 230.
C. L. Washburne. Kinderlähmung 418.
B. Watanabe. Keratitis parenchymatosa syphilitica 233.
Leonhard Waterman. Osmose und Ödem 236.
Ernst Weber. Experimentelles Asthma 237.
Hermann Weber. Anenzephalie 266.
Weber und **Viktor Veau.** Gangrän des Fußes bei Diphtherie 225.
Wechselmann. Salvarsannatrium 436.
W. Wedemann. Schardingersche und andere Fermentreaktionen bei Ziegenmilch 12, 87.

A. Weeks und **L. Porter.** Megakolon und Mikrokolon 313.
Wegener. Psychogene Magensekretionsanomalien 432.
Wilhelm Wegener. Larosanmilch 87, 204.
Otto Wegerle. Subakute Leberatrophie 246.
Johannes Weichsel. Dystrophia adiposo-genitalis 256.
Weih. Trikalkolmilch beim kranken Säugling 7, 88.
Weihe. Ruhr 225.
F. Weihe und **F. Goetzky.** Epiphysenschatten beim Myxödem 194.
Friedrich Weihe und **Fritz Götzky.** Totaler Rippendefekt 264.
F. Weihe, H. v. Mettenheimer und **F. Götzky.** Erfahrungen aus der Kinderklinik in Frankfurt a. M. 188.
Weil. Vakzinebehandlung der Diphtherieträger 418.
Albert Weil, Triboulet und **Paraf.** Purpura 238.
E. Weil und **A. Dufourt.** Reaktion der Stühle 133, 210.
E. Weil, R. Leriche und **G. Mouriquand.** Brauersche Operation 236.
Weil-Hallé. Anaphylaxie gegen Milch 129 — Unterernährung 204.
K. Weinberg. Stimmorgan der Volksschulkinder 355.
Marg. Weinberg. Belehrung über Kinderkrankheiten 191 — Rachenmandeloperationen 240 — Italienische Freiluftschulen 428.
G. E. Weinländer. Künstliche Atmung 2 — Apoplexie nach Lumbalpunktion bei Urämie 53.
J. Weinstein. Taubheit infolge von Mumps 418.
H. Weise und **A. Burr.** Gehalt frischen Butterfettes an Fettsäuren 82 — Homogenisierte Flüssigkeiten 82.
S. Weiss. Einfluß des Alkohols 425.
Siegfried Weiss. Sanitätsmilchkommission 206.
Konrad Weitpert. Münchener Säuglingsfürsorgeeinrichtungen 333, 338.
H. Weizmann. Biorisator 88.
Ernst Welde. Behandlung der Lues 146.
E. F. Welde, H. Bahrdt, F. Edelstein und **P. Hanssen.** Vermehrung von Bakterien und Bildung flüchtiger Fettsäuren im Magen 198.
Carl Vernon Weller. Milzvergrößerung 246.
Mark H. Wentworth und **William P. Lucas.** Rheumatische Endokarditis 234.
Guido Werlich. Myocarditis syphilitica 233.
P. Wern. Diphtheriediagnose 195.
Paul Werner und **Emil Kolisch.** Giftigkeit von Harn, Serum und Milch 88.
W. Wernstedt. Diätetische Behandlung der spasmophilen Diathese 365 — Larynxstridor 397.
Wilh. Wernstedt. Pylorale Endpartie 193 — Infantiler Skorbut 54, 256.
Wessler. Herzhypertrophie bei Nephritis 249.
Albrecht Westermann. Offenbleiben des Foramen ovale 236.
Josef Westmeyer. Chronischer Gelenkrheumatismus 317.
W. M. Weston. Malaria 225.
Wheeler. Epidemische Zerebrospinalmeningitis 418.
R. Wheeler. Nährwert gewisser Kindernährfabrikate 415.
Ruth Wheeler und **Alice Biester.** Nährwert einiger Kinderpräparate 204.
William Charles White, Kampf gegen die Tuberkulose 230.
Whitman. Pathologie der Poliomyelitis 418.
T. R. Whipham. Körpertemperatur 193.
Leopold Widenka. Landeserziehungsanstalt in Teschen 394.
Eugen Widmann. Übertragung von Bakterien durch Läuse 439.
Alfred Wiegand. Pneumonie 237.
Georg Wiegner. Zusammensetzung der Kuhmilch 88.
Heinrich Wieland. Oxydationsvorgänge 88.
Hans Wienskowitz. Angeborene Wassersucht 148.
Wiersma und **Heymans van den Bergh.** Meltzersche Methode 175.
Wiesener und **Dessauer.** Kompendium der Röntgenaufnahme 412.
Carl J. Wiggers. Konstriktorische Wirkung von Adrenalin 196.
A. Wilborts, H. Méry und **H. Salin.** Asystolie bei akuter Herzdilatation 235.

Georg Wilbrich. Blutbild bei Diphtherie 288.
Wilcke. Merktafel über Gewicht und Länge 198.
I. S. Wile. Schulwesen 428.
M. Wilhelm. Nervöse Äquivalente im Säuglingsalter 53.
Wilkerson. Darminvagination 245.
D. P. D. Wilkie. Osteochondritis deformans 257.
Williams. Pavor nocturnus 318 — Chronische Bindehautkrankheiten 325 — Pränatale Fürsorge 332.
Tom A. Williams. Innere Sekretion 420.
Anna Wessels Williamns. Ätiologie des Pertussis 225.
A. D. Willmoth. Verletzung des Knies 263.
Dunning S. Wilson. Lungentuberkulose 419.
Wimmenauer. Röntgenologie der Lungentuberkulose 230 — Schulzahnpflege 273.
Rich. Windisch. Refraktrometrie des Milchserums 88.
G. E. Windmüller. Purpura rheumatica 239.
W. Winholt. Komplementbindung bei Keuchhusten 297.
Winkler. Intraperitoneales Teratom 263.
Winslow. Ärztliche Schulaufsicht 273.
Winter. Bronchial-asthmatischer Anfall 388.
Maria Winter. Masern bei Säuglingen 293.
Orrin B. Winter und **Lucius L. van Slyke.** Magnesiumkaseinat 87.
Winters. Rachitis 257.
Wirth. Aortenaneurysma 236.
Amandus Wirth. Persistenz des Truncus arteriosus communis 236.
Heinrich Wirtz. Schreibfehler 250.
E. Witmer, M. E. Pennington, J. S. Hepburn, M. O. Stafford, E. Ch. St. John und **J. J. Burrel.** Bakteriologische und fermentative Veränderungen der Milch 86.
H. de Witt, Sherman und **Harry R. Lohnes.** Ziegenmilch 87, 206.
Gertrud Woker. Oxydationsfermente 88.
Leo Wolf. Frühdiagnose der angeborenen Syphilis 419.
C. G. Leo Wolf. Pflege der Neugeborenen 195.
Marga Wolf. Säuglingssterblichkeit der Tübinger Poliklinik 271.
Alfred Wolff. Essentielle Anämie 239.
Bruno Wolff. Beziehungen zwischen Mutter und Kind 193 — Fötale Hormone 211.
Leo Wolff. Diät älterer Kinder 201.
Siegfried Wolff. Behandlung des Sklerems 66 — Luftschlucken als Todesursache 66.
Wolff und **Zeeman.** Kutireaktion von Noguchi bei Lues 306.
Siegfried Wolff und **Walter Lehmann.** Pneumokokkenmeningitis und Behandlung mit Optochin 140.
Wolffberg. Diagnostischer Blickweiser 424 — Sehschärfeprüfung 424.
W. Wolffenstein. Rektalgonorrhöe 352.
Nelly Wolffheim. Erziehliche Beeinflussung 250.
K. Wolfrom. Statistik der Ohrenkrankheiten 261.
Wolfrom. Ribadeau-Dumas und **Philbert.** Bronchopneumonie 237.
Oskar Wolfsberg. Sekretion der Verdauungsdrüsen 88.
Wollstein und **Bartlett.** Tuberkulöse Läsionen 303.
Woltring und **Schulte.** Rote Blutkörperchen im Harn 316.
Carleton Ira Wood. Bedeutung der Mineralsalze 210.
E. J. Wood. Akute Pyelitis 315.
MPC. Woodruff und **E. E. Moody.** Schickreaktion bei Diphtherieepidemien 417.
Woods. Immunität bei Masern 138.
Matthew Woods. Epilepsie 255.
E. E. Woodside. Akute infantile Otitis 424.
Chad Woodward. Torticollis 266.
Woody. Heilserum bei Diphtherie 139.
Wörner. Kostkinderwesen 270.
Bernhardine Woerner. Hilfsbüchlein der Säuglingspflege 500.
P. Wössner. Bakterienflora der Nase 261.
H. W. Wright. Infantile Hemiplegie 423.
Werner Wundt. Wasserdiurese und Kochsalzausschwemmung 210.
Edwin T. Wyman. Pyelitis 249.
Wyman und **Morse.** Blutdruck bei Anämie 126.
Wynhausen. Infantiler Diabetes 321.

Wynkoop. Atypische Pneumonie 238 — Ärztliche Aufsicht 428.

Yates, Bunting und **Kristjanson.** Ätiologie der Bantischen Krankheit 309.
Arvo Ylppö. Icterus neonatorum 246.
Young. Poliomyelitis 225 — Das schwimmende Hospital zu Boston 271 — Heimkehrfälle bei Scharlach und Diphtherie 418.
James K. Young. Chondrodystrophia fetalis 257.

Erich Zacharias. Genitalblutungen 364.
Zade. Periodisches Erbrechen 444.
J. Zadek. Reine Salizylsäure bei akutem Gelenkrheumatismus 436.
J. Zahorsky. Ikterische Erkrankungen des Neugeborenen 416 — Findelhaus 427.
V. Zamorani. Lipasegehalt des Blutes 433.
Julius Zappert. Nervöse Alltagserscheinungen 273.
Max Zarfl. Zystenniere 249.
Max Zarfl und **A. v. Reuss.** Chronische Laktosurie 209, 416.
Franz Zaribnitzky. Einfluß von Krankheiten der Rinder auf die Milch 88.
Zeeman und **Wolff.** Kutireaktion von Noguchi bei Lues 306.
Emilie Zellweger. Ovarialkystome 249.
Ziehen. Behandlung psychopathischer Konstitutionen 250 — Heilerziehungsheime 250.
P. Ziersch. Typhusschutzgeimpfte 458.
H. Zingerle und **G. Anton.** Beiderseitiger Kleinhirnmangel 264.
Zingher. Transfusionsmethode 277.
Abr. Zingher und **William H. Park.** Schicksche Reaktion 452.
A. Zingher, Phebe L. Dubois und **Josefine B. Neal.** Experimentelle Poliomyelitis 216.
Zingher, Park und **Serota.** Aktive Immunisierung bei Diphtherie 127.
Abraham Zingher, William Park und **H. M. Serota.** Schicksche Reaktion 126, 194.
Ullansky Zoé. Serumexanthem 225.
Zuber. Hautgangrän 259.
Gertrud Zucker. Mitwirkung des Schularztes bei Berufsberatung 273.
F. Zuckmayer, Frauenmilch der ersten Laktationszeit 88, 206.
C. E. Zundel. Infantilismus 242 — Rezidivierende Rachitis 257.

Sachverzeichnis.

Abbottsche Methode (Calvé) 263 — (Broca und Houdré) 263 — (Roederer) 264.
Abderhaldensches Dialysierverfahren bei Rachitis und Tetanie (Beumer) 193 — bei Scharlach (Schultz und Grote) 224.
Abderhaldensche Reaktion (Gorica) 193.
Abdomen, Leibschmerzen bei Infektionen (Gray) 194.
Abdomen, Übungen der Bauchmuskulatur (Mosher) 277.
Abdomen, akute Erkrankungen (Eisendrath und Strauss) 420 — (Kahn) 424.
Abmelkbetrieb (Brinkmann) 82.
Abnahme, physiologische (Herrmann) 416.
Abnorme Kinder (Tait) 250 — (Allport) 422 — (Noyes) 422.
Abnorme Kinder, soziale Anpassung (Roubinovitch) 250 — sozialhygienische Versorgung (Deutsch) 406.
Abszeß der Leber (Schmincke) 62 — der Lunge (Pozzato 237 — retropharyngealer (Fedde) 424 — traumatischer Gehirnabszeß (Van der Torren) 184. — (Massalongo und Piazza) 257.
Abszeß des fünften Lumbalwirbels (Nageotte-Wilbouchewitch) 263.
Abwehrfermente, Spezifizität (Jaffé und Pribram) 353.
Acardius anencephalus (Klotz) 265.
Achondroplasie (Gorter) 186 — (Palmegiani) 257, 489 — hyperplastische (Vaglio) 489.
Achondroplasie (Jansen) 257.
Achylie (Stheeman) 313.
Addisonsche Krankheit (Rolleston und Boyd) 241, 310.
Adenoide Vegetationen (Natier) 240.
Adenoide, operative Therapie (Steuart) 240.
Adenosarkom, embryonale der Niere (Glusmann) 247.
Adipositas universalis (de Bruin) 336.
Adipositas, hypophysären Ursprungs (van Heukelom) 185.
Adiposo-genitaler Status (Mouriquand) 150, 256.
Adrenalin, konstriktorische Wirkung (Wiggers) 196 — Therapie der Nephritis (Fedele) 247 — mit Pituitrin kombinierte Behandlung (Rohmer) 4.
Adrenalin bei Urtikaria (Scholz) 258.
Agalaktie beim Mutterschwein (Braun) 82.
Agonale Sepsis (Lehndorff) 238.
Akkommodationskrampf (Marcard) 259.
Akromakrie (Schmincke) 61.
Aktinomykose der Lunge (Huber und Berkowitz) 237.
Albuminurie (Bugge) 246 — (Jehle) 337.
Albuminurie, gutartige (Veil) 151.
Albuminurie, intermittierende (Hutinel) 247.
Albuminurie, transitorische (Schiff) 49.
Albuminurie, lordotische (Epstein) 247 — (Fischl und Popper) 316.
Albuminurie, orthotische und Tuberkulose (Arnold) 246 — orthostatisch-lordotische und Tuberkulose (v. Jagic) 32.
Albuminurie, orthostatische (Gasbarrini) 247.
Albumosen, intravenöse Injektionen bei Typhus (Lüdke) 456.
Aleukämie mit aplastischem Blutbilde (Lawatschek) 308.
Alimenteneinziehung (Larenz) 426.
Alizarolprobe (Devarda) 83 — (Morres) 85.
Alkalien, Einfluß auf die Magenmotilität (Ladd) 192.

Alkohol, Reaktion der Kuhmilch (Auzinger) 81.
Alkoholismus (Grossmann) 335 — (Weiß) 425.
Alkoholprobe (Morres) 85.
Allergie, kutane bei Variola und Varizellen (Tièche) 294.
Alopezie, Diagnose (Brunier) 258.
Alveolardiphtherie (v. Bokay) 215, 351.
Amenorrhöe der Stillenden (Thiemich) 193.
Amentia nach Masern (Frontali) 217.
Aminogruppen der Eiweißkörper (van Slyke und Birchard) 87.
Aminosäure im Blute (Rabinovitch) 209.
Aminosäure und Wachstum (Osborne und Mendel) 209.
Ammen (Variot) 204.
Amme, Laktation (Brodsky) 441.
Amme im Hospital (Churchill) 282.
Ammoniak, Gehalt der Milch (Tillmans, Splittgerber und Riffart) 87, 206.
Ammoniurie (Strong) 210.
Ammonsulfat, Einfluß auf Milchzucker (Rosemann) 86.
Amniotische Amputation (Bührer) 264.
Amöbendysenterie (Bobillier) 215 — (De Bruys) 420.
Amöben, Kolitis (Greil) 314.
Anämie (v. Neusser) 171 — (Herz) 390 — Diagnose und Therapie (Maillet) 238 — Ätiologie und Pathogenese (di Cristina) 238 — Blutdruck (Morse und Wyman) 126 — und Knochenmark (Heubner) 477.
Anämie, schwere (Stettner) 182, 238.
Anämie durch Hämolysine (Troisier und Huber) 238.
Anämie, familiäre hämolytische (Götzky und Isaac) 238.
Anämie, aplastische hämolytische (Kleinschmidt) 308.
Anämie, perniziöse (Kusunoki) 43, 238 — (Kharina-Marinucci) 420, 477 — (Wolff) 239.
Anaemia splenica (Fowler) 246.
Anaemia splenica, Ätiologie und Pathogenese (Caronia) 238 — Cholesterinbehandlung (Cantieri) 43, 238.
Anämie mit Splenomegalie (Krumbhaar) 478.
Anämie durch Pyrodin (Gorica) 420, 478.
Anaphylaktischer Zustand. Übertragung auf die Nachkommenschaft (Scaffidi) 197.
Anaphylaxie, alimentäre (Lesné) 197 — gegen Milch (Weill-Hallé) 129 — alimentäre gegen Eiereiweiß (Laroche, Richet fils und Saint-Girons) 197 — gegen Hühnereiweiß und Kopliksche Flecken (Miller) 197.
Anaphylaxie und Eklampsie (Liepmann) 213 — und Status lymphaticus (M'Neil) 178.
Anaphylaxie bei wiederholter Diphtherieheilseruminjektion (Cuno) 197.
Anblasen zur Beruhigung schreiender Säuglinge (Salge) 127.
Anenzephalie (Brouwer) 264 — Schädeltransparenz (Chatelin) 251 — Nebenniere (Landau) 241.
Anenzephalie (Gordon) 264 — (Weber) 266.
Aneurysma der Aorta (Wirth) 236 — der Bauchaorta (Nobel) 235 — des Aortenbogens (Arnstein) 233.
Anfälle (Engelhard) 252.
Angina, septische durch infizierte Milch (Capps und Davis) 134.
Angina durch Pneumokokken (Leschke) 370.
Angina, Plaut-Vincentsche Diphtherie (Reiche) 369, 491.
Anophthalmus bilateralis (Strong) 210.
Anorchie, kongenitale (Salomon) 265.
Anorexie, psychische (Camus) 251.
Anorxie, nervöse (Orchard) 254.
Antianaphylaxie (Awerbuch) 175 — nach Serumkrankheit (Bessau) 281.
Antigentherapie bei Typhus (Ditthorn und Schultz) 457.
Antilab (Briot) 82.
Anurie nach Appendizitisoperation (Evans) 262.
Anus, Stenose (Sachs) 313.
Anus imperforates (Smith) 266.
Aorta, Aneurysma (Nobécourt) 235 — (Wirth) 236.
Aorta, Entartungsvorgänge (Stumpf) 236.
Aorta, Atresia ostii congenita (Schroeder) 235.
Aorta, angeborene Stenose (Laubry und Pezzi) 234 — Stenose

und Pulmonalatresie (Häberle) 234.
Aortenbogen, Aneurysma (Arnstein) 233.
Aphthae tropicae (Salomon) 261.
Apoplexie nach Lumbalpunktion bei Urämie (Weinländer) 53.
Appendix, Erkrankungen nach Diphtherie (Reiche) 223.
Appendizitis (Baxter) 242 — (Boulanger) 242 — (Clopton) 420 — (Ebright) 420 — (Gray und Mitchell) 243 — (Manning) 243, 244 — (Sitzen) 326 — (Vincent) 245.
Appendizitis, akute (Girardot) 242 — bei Varizellen (Périer) 222.
Appendizitis, chronische (Girou) 243.
Appendizitis, Ätiologie (Simin) 483.
Appendizitis, Diagnose (ten Horn) 483 — (Lanz) 483 — (Savariaud) 244 — (Veau) 245.
Appendizitis bei Scarlatina (Seitz) 225.
Appendizitis, Harnverhaltung nach Operation (Evans) 327.
Appendizitis und Würmer (Sagredo) 244 — und Oxyuren (Aschoff) 150.
Appendizitis, Anurie (Evans) 262.
Arachnodaktylie (Börger) 68.
Argentinische Rinderzucht (Hermes) 84.
Arteria pulmonalis, kongenitale Stenose (Variot und Monod) 236.
Arteria meningea media, Zerreißung (Officer) 262.
Arterienthrombose nach Infektionskrankheiten (Sighart) 235.
Arterionekrose (Jaffé) 234.
Arteriosklerose (Stumpf) 236.
Arteriosklerose mit Schrumpfniere (Buchwald) 246 — und Blutkreislauf (v. Strümpell) 172.
Arthritis durch Meningokokken (Fragale) 217.
Arthritis, chronische (Ibrahim) 249.
Arthritis des Schultergelenkes (Buchwald) 261.
Arthritismus, Therapie (Plicque) 213.
Arzneimittel, Nebenwirkungen (Seifert) 412.
Askariden (Lechler) 243 — (Schloessmann) 244 — Giftwirkung (Spieth) 244 — Wirkung des Oleum chenopodii (Przedborski) 244.
Askariden, Wanderungen (Tirumurti) 245 — Darmverschluß (Doberauer) 48.
Asphyxie der Neugeborenen (Manton) 212.
Asthma (Spolverini) 237 — und Eivergiftung (Talbot) 420.
Asthma, bronchiale (Winter) 388.
Asthma, cardiale (Rohmer) 69, 387.
Asthma, experimentelles (Weber) 237.
Asymmetrie des Schädels (Kaznelson) 211.
Asymmetrie, bilaterale (Wachsner) 154.
Asystolie, Brauersche Operation (Weill, Leriche und Mouriquand) 236.
Asystolie, wiederholt auftretende (Méry, Salin und Wilborts) 235.
Aszites, chylöser (Huber und Silver) 150.
Aszites bei rezidivierenden Durchfällen (Poynton und Paterson) 202.
Ataxie, hereditäre (Vorkastner) 255.
Ataxie, zerebellare 255.
Ataxie, akute nach Masern (Moricheau-Beauchant und Rameix) 222.
Ataxie, zerebellare (Taylor) 255.
Atherosklerose (Saltykow) 471.
Athrepsie (Lesage) 201.
Atresis ostii aortae congenita (Schroeder) 235.
Atrioventrikularklappen, Entwicklung (Sato) 235.
Atrophie (Lesage) 132, 201 — pathologische Anatomie (Lesage und Cléret) 201 — kongenitale Leberstörungen (Barbier und Cléret) 10.
Atrophie und Rachitis (Prunier) 203.
Atrophie in Hospitälern (Mitchell) 414.
Atrophie beider Sehnerven bei Syphilis (Buchwald) 231.
Atropin, Tabletten (Moxon) 278.
Auge, Anomalien und Mißbildungen (Seefelder) 260 — angeborene Defekte (Buxton) 423.
Auge, Pflege (Johnson) 423.

Auge, Färbung der Iris in Beziehung zu Morbidität und Mortalität (Dykes) 291.
Auge, Erkrankungen (Salzer) 260 — postdiphtherische Spätlähmungen der äußeren Augenmuskeln (Jannot) 259.
Augenerkrankungen im Säuglingsalter (Salzer) 335.
Azidität des Mageninhaltes (Boldyreff) 206 — des Mageninhaltes (Huenekens) 84, 192.
Azetanilid, Toxizität der Muttermilch nach Anwendung von Azetanilid (Stevenson) 87.
Azetonämie bei periodischem Erbrechen (Hilliger) 9.
Azetonurie durch Hunger (Lambling und Boulois) 208 — bei periodischem Erbrechen (Zade) 444.
Azidose (Howard) 416 — (Marshall) 208 — und Anstrengung (Schwyzer) 210 — mit Autointoxikation (Metcalf) 322.
Azidose, akute (Mc Cleave) 207.
Azotämie (Nobécourt) 136 — (Nobécourt und Bidot) 209.

Bacillus abortus, Komplementfixation (Larson und Sedgwick) 197.
Bacillus acidi lact., Wirkung bei Diphtherie (Nicholson jun. und Hogan) 222.
Bacillus aerogenes capsulatus (Knox und Ford) 280.
Bacillus bifidus im Darme des Säuglings (Kling) 353.
Bacillus bulgaricus bei Diarrhöe (Berry) 199 — Variabilität (Christeller) 83.
Bact. coli, Infektionen (Hartshorn) 247 — in pasteurisierter Milch (Shippen) 285.
Bad, tägliches Säuglingsbad (Lehmann) 195.
Bakterien, Gehalt an Kohlehydraten (Tamura) 5.
Bakterienflora der Fäzes (Basten) 82.
Bakteriologisches Taschenbuch (Abel) 172, 186.
Balneotherapie (Krone) 195 — in der Kinderpraxis (Krone) 354.
Bananenmehl (Nothmann) 283.
Bantische Krankheit, Ätiologie (Yates, Bunting und Kristjanson) 309.
Barlowsche Krankheit (Dagher) 255 — (Hess und Fish) 322 — (Jemma) 256 — (de Lange) 256 — (Loubet) 256 — (Schreiber und François) 256 — (Sperk) 256 — (Taussig 256 — (Wallin) 256 — (Wernstedt) 256 — Exophthalmus (Jantzen) 259.
Basedowsche Krankheit (Railliet) 241 — (Sanz) 242.
Basedowsche Krankheit und Thymus (Matti) 241 — (Stoerk) 242.
Bauchspalte (Stoss) 266.
Becken, Fraktur (Thiers) 263.
Becken, Mißgestaltung bei Spina bifida occulta sacralis (Chiari) 264.
Belehrung der Eltern (Weinberg) 191.
Benzol, Behandlung bei lymphatischer Leukämie (Meyers) 309.
Beriberi (Luithlen) 253.
Bericht der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde 60, 160, 499.
Bericht des Niederländischen Vereines für Pädiatrie 185, 335.
Bericht über Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde zu Berlin (Kleinschmidt) 163.
Bericht über die Versammlung der südwestdeutschen Kinderärzte 64.
Berufswahl 428.
Bezirksheimstätte in Schlakkenwerth (Lederer) 404.
Bibliographie der Kinderheilkunde (Bahrdt) 170.
Bienenstich und Bienengift bei chronisch-rheumatischen Erkrankungen (Langer) 278.
Biologische Beziehungen zwischen Mutter und Kind (v. Fellenberg und Döll) 192 — (Wolff) 193.
Biorisation (Binder) 82 — (Klunker) 84 — (Löhnis) 85 — (Meurer) 85, 205 — (Ulrich) 87 — (Weizmann) 88.
Biorisator (Freund) 204 — (Lorenzen) 205.
Blase, Vesikovaginalfistel (Rubin) 248.
Bleivergiftung (Thomas und Blackfan) 423.
Blindheit der Neugeborenen (De Forest) 423 — nach Ophthalmia neonatorum (Tivnen) 423.
Blut, Hämokonien (Nobécourt und Maillet) 194.
Blut, Verhältnis der Leukozyten und Blutplättchenzahlen (Maixner jun. und Decastello) 476.

Blut, Verhalten der Blutelemente beim Fötus (Rinne) 211.
Blut von Neugeborenen und Schwangeren (Hellin) 197.
Blut, Vergleichung des Blutes der Mutter und des Neugeborenen (Morel und Georges Mouriquand) 192 — Unterscheidung mütterlichen und fötalen Blutes (Vollhardt) 193.
Blut, Veränderungen während der Geburt und Laktation (Terhola) 87.
Blut, Transfusion (Robertson und Brown) 413.
Blut, Nachweis in Fäzes (Snapper) 276.
Blut, funktionelle Diagnostik der Blutkrankheiten (Hess) 474.
Blut, Technik der Blutentnahme (Blechmann) 127, 193 — (Maggiore) 194 — Theorie und Praxis der Blutentziehung (Stern) 171.
Blut, Methode für Blutkulturen (Gerstley und Fuller) 196.
Blut, Tuberkelbazillen (Krabbel) 34 — Untersuchungen bei Tuberkulose (Maggiore) 228 — (Salge) 229 — bei Skrofulotuberkulose (Trumpy) 33, 230 — Alexingehalt mit Anaphylaxie bei Tuberkulose (Maggiore) 228.
Blut, Bildung bei fötaler Wassersucht (Rautmann) 210.
Blut, Lipasegehalt (Zamorani) 433.
Blut, Zusammensetzung und Konstitution (Karnitzky) 131.
Blut, Cholesteringehalt (Filia) 207 — Cholesterin im Serum bei Syphilis (Cannata) 419, 470.
Blut, Aminosäurestickstoff (Rabinovitch) 209.
Blut, Beeinflussung der Katalysatorentätigkeit (Stettner) 193.
Blut, familiäres Auftreten von Bluterkrankungen (Brandenberg) 476.
Blut, osmotischer Druck und Eiweißgehalt (Bernhard) 199.
Blut, Eiweißgehalt (Nast) 192.
Blut, Eiweißkörper des Blutserums bei Infektionskrankheiten (Saint-Girons) 193.
Blut, Toxizität des Blutserums bei Infektionskrankheiten (Syrensky) 193.
Blut, Nachweis der Leishmannschen Parasiten (Vaglio) 225.
Blut bei Diphtherie (Wilbrich) 288.
Blut bei Morbillen (Lucas) 220.
Blut bei Pertussis (Schneider) 224.
Blut, Hämatologie der Variola und Vakzine (Schatzmann) 224.
Blut, Kreislauf und Arteriosklerose (v. Strümpell) 172.
Blut, Leukozyteneinschlüsse (Hill) 194.
Blut, Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach (v. Boltenstern) 215 — (Macewen) 220.
Blut, leukozytäre Formel bei Syphilis (Chiaravalloti) 231 — Treponema pallidum bei Syphilis (Clark und Gates) 419.
Blut bei Hämophilie, Thrombose und Purpura (Howell) 44.
Blut bei Melaena neonatorum (Lövegren) 15.
Blut bei Parotitis epidemica (Feiling) 297.
Blutdruck 192 — (Judson und Nicholson) 125 — (Nirrnheim) 192.
Blutdruck bei Anämie (Morse und Wyman) 126.
Blutkrankheiten, Diagnose und Behandlung (Hirschfeld) 389.
Blutserum immuner Individuen bei Scharlach (Barker) 214.
Blutzucker (Bass) 286 — (Retzlaff) 209.
Blutzucker und Zuckerresorption (Bergmark) 135.
Bolus alba bei Diarrhöe, Ruhr und Cholera (Stumpf) 358.
Borsäure als Milchkonservierungsmittel (Kühl) 84.
Boston floating hospital (Young) 271.
Bradykardie bei Scarlatina (Monier-Vinard und Meaux-Saint-Marc) 221.
Brechdurchfall, Therapie (Tobler) 203.
Brightsche Nierenkrankheit (Volhard) 392.
Brom bei Epilepsie (Paul-Boncour) 254.
Bromoderma (Januschke) 196 — bei Epilepsie (Goldreich) 252 — tuberosum (Dollinger) 196. 351.
Bromoform, Vergiftung (Guth) 266.
Bronchialasthma (Winter) 388.
Bronchialdrüsen (Lucas) 239.
Bronchialdrüsen, Tuberkulose (Engel) 227 — (Finkelstein) 227 — (Gölz) 378 — (Rach) 240 — (Spéder und Dubourg) 230.

Bronchialerkrankungen (Jehle) 182, 237.
Bronchiektasie und hereditäre Syphilis (Milhit) 232.
Bronchiolitis (Lommel) 387.
Bronchitis, chronische (Lommel) 387 — Moniliaart bei chronischer (Mautner) 197.
Bronchitis, rezidivierende (Kerley) 237, 420 — (Rachford) 237.
Bronchitis, Therapie (Stepp) 237.
Bronchopneumonie 238 — Diphtherieheilserum in der Therapie (Hernandez) 237 — Pseudokrupp (Suñer) 307 — Reinfektion (Ribadeau-Dumas, Philbert und Wolfrom) 237.
Bronchoskopie (Friedberg) 420 — Lehrbuch (Mann) 172.
Bronchus, Grashalme in der Bifurkation (Bérard und Bessière) 236.
Brustwarze, Schrunden (Neubauer) 202.
Butter, Gehalt an freien Fettsäuren und flüchtigen Fettsäuren (Burr und Weise) 82.
Buttermilch, Bereitungsweise (Stärcke-Polenaar) 283.

Calvé-Perthessche Krankheit (Michelsen) 485.
Cerebellum, glioblastisches Sarkom (Schmincke) 61.
Chemisch-diagnostische Untersuchungen (v. Tappeiner) 173, 186.
Chineonal, Vergiftungstod (Erdt) 279.
Chinin bei Bronchopneumonie (Roedel) 474.
Chirurgische Diagnostik (Gemach) 190.
Chlor, Kochsalzausschwemmung und Wasserdiurese (Wundt) 210.
Chlornatrium, Stoffwechsel bei Ernährungsstörung (Bauer) 206.
Chloroform, Einfluß auf die Milchgerinnung (Pozerski) 86.
Chlorom (di Cristina) 238.
Choleraähnliche Vibrionen (Klimenko) 219.
Cholera infantum (Cristiphine) 414.
Cholera, Infusionen von Kochsalzlösung (Prašek) 377.
Cholesterin, Behandlung von Anaemia splenica (Cantieri) 43.
Cholesterin im Blutserum (Cannata) 419, 470.
Cholesterin, Gehalt des Blutes (Filia) 207.
Cholesterin, Hypercholesterinämie bei Infektion (Gorter) 335.
Cholesterin, Therapie bei Anaemia splenica (Cantieri) 238.
Chondrodystrophia foetalis (Lofft) 322.
Chondrodystrophia foetalis hypoplastica (Conradi) 55.
Chondrodystrophie (Dietrich) 488 — (Gallum) 423 — (v. Peyrer) 257 — (Young) 257 — halbseitiger Zwergwuchs (Nathanson) 257.
Chorea (Brabois) 251 — (Heiman) 252 — (Langmead) 317 — (Newlin) 254.
Chorea, diagnostisches und prognostisches Phänomen (Heiman) 153.
Chorea, Eosinophilie (Leopold) 253.
Chorea, Schriftstörung (Lomer) 395.
Chorea, Stimmphänomen (Swift) 153, 317.
Chyluszyste (Poulsen) 47.
Conjunctivitis (Williams) 325.
Coryza, Erreger (Kruse) 41.
Couveuse, Pflege und Ernährung der Kinder (Grulee) 416.
Coxa valga (Klar) 160.
Coxa vara (Klar) 160.
Croup, Behandlung (Hellström) 20.

Darm, Bakterienflora (Logan) 85, 201 — (Metschnikoff) 201 — Bakterienflora bei Diarrhöe (Bertrand) 199.
Darm, Invagination (Allen) 261 — (Becker) 242 — (Brion) 242 — (Fromme) 242 — (Gray) 243 — (Groedel) 243 — (Hancock) 420 — (Irwin) 243 — (Kellock) 243 — (Morély) 244 — (Pepler) 244 — (Peterson) 421 — (Richardson) 421 — (Wilkerson) 245.
Darm, Verschluß durch Spulwürmer (Doberauer) 48, 242.
Darm, mesenterialer Verschluß (Mayerhofer) 483.
Darm, spastische Erkrankungen (Walko) 47.
Darmbakterien, Einfluß der Milch (Rettger) 415.
Debilität, angeborene und erworbene (Cordier) 191.
Dementia (Perin) 254 — precocissima (Pujol und Terrien) 254.

Dermatitis exfoliativa (Miller) 258 — (Sperk) 258, 352 — neonatorum (v. Ujj) 323.
Dermatologische Literatur, Sammelreferat (Leiner) 343.
Dermatomykosen (Bloch) 489.
Dermographismus (Brinckmann) 351.
Dermoidpolyp des Rachens (Pouget) 261.
Dermoidzyste der Konjunktiva (Paderstein) 166 — der Nabelschnur (Phélip und Galop) 262.
Deutsche Milchwirtschaft (Friedel und Keller) 83.
Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz (Meier) 499.
Dextrokardie und Infantilismus auf tuberkulöser Grundlage (Variot und Chatelin) 230.
Diabetes (Salomon) 256 — infantiler (Wynhausen) 321.
Diabetes, Karamose (Umber) 487 — Kohlenhydratkur (Falta und Steinberg) 487 — im Anschluß an Vakzination (Eichhorst) 488.
Diabetes insipidus (Mamrot) 54.
Diabetes mellitus (Heiberg) 321 — (Moore) 256.
Diagnostik (Sinclair) 413.
Dialysierverfahren Abderhaldens bei Rachitis und Tetanie (Beumer) 193.
Diaphragma, Dilatation und Hernie (Fidler) 156.
Diarrhöe, Bakterienflora (Metschnikoff) 201.
Diarrhöe, Kontagiosität (Pironneau) 202.
Diarrhöe, Therapie (Crandall) 199 — Bolus alba (Stumpf) 358.
Diarrhöe, akute (Gaston) 200.
Diarrhöe, infektiöse (Morse) 415.
Diarrhöe, rezidivierende (Poynton, Armstrong und Nabarro) 202 — und Aszites (Poynton und Paterson) 202.
Diarrhöe, Statistik in Bordeaux (Davezac) 199.
Diastematomyelie (Brouwer) 264.
Diathese (Cameron) 212 — (Pässler) 213.
Diathese und Disposition (v. Behring) 212.
Diathese, Ursachen und Wesen (Eckert) 187.
Diathese und Konstitutionsanomalie (Pässler) 16.
Diathese, exsudative (Samelson) 451 — und Stoffwechsel (Niemann) 411 — und Wasserstoffwechsel (Lederer) 208 — und Eosinophilie (Kroll-Lifschütz) 352 — lymphatische und Tuberkulosebekämpfung (Bockhorn) 18, 212.
Diathese, hämorrhagische bei Geisteskranken (Ottoson) 54 — bei Typhus (Walko) 457 — bei Tuberkulose (Faschingbauer) 352.
Diathese, spasmophile diätetische Behandlung (Wernstedt) 365.
Dicephalus tetrabrachius dipus (Joffé) 265.
Difformität, Prophylaxe (Dellcheff) 263 — Vernachlässigung (Venable) 425.
Diphtherie (Bendix) 368.
Diphtherie, hereditäre Disposition (Spirig) 225.
Diphtherie, Diagnose (Reiter) 452 — (Wern) 195.
Diphtherie, Blutuntersuchung (Wilbrich) 288.
Diphtherie, bakteriologische Diagnose (Berlin) 452.
Diphtherie, Ehrlichsche Reaktion (Rachmilewitsch) 288.
Diphtherie, Schicksche Reaktion (Graef und Ginsberg) 419 — (Kolmer und Moshage) 291 — (Moody) 418 — (Moody und Woodruff) 417 — (Park und Zingher) 452.
Diphtherie, Bakteriologie (Grote) 197.
Diphtherie, Bazillen im Originaltupferausstrich (Schürmann und Pringsheim) 438.
Diphtherie, Bazillen (Plange und Schmitz) 438 — atoxische Stämme (Brown und Smith) 128 — chemische Zusammensetzung der Bazillen (Tamura) 5.
Diphtherie, Bazillen in Herpesbläschen (Rall) 438 — in der Nase (Wössner) 261.
Diphtherie, Zusatz von Rindergalle zum Nährboden (Büsing) 196.
Diphtherie, Verhalten gegenüber ausgeglichenen Toxin-Antitoxinmischungen (Kassowitz und Schick) 196.
Diphtherie, Prophylaxe (Bauer) 214 — (Kassowitz) 219, 291.
Diphtherie, Bekämpfung (Bachauer) 214 — (Braun) 22, 215 — (Delyannis) 19 — (Kulka) 220 — (Mayer) 221.

Diphtherie, Bekämpfung in Schulen (Gettkant) 272 — (Gotstein) 272.
Diphtherie, Bekämpfung in Berlin (Seligmann) 22, 225.
Diphtherie, Abstoßung der Membranen (Meinshausen) 221.
Diphtherie, Rezidive (Montefusco) 222.
Diphtherie, Heimkehrfälle (Young) 418.
Diphtherie, Bazillenträger 226 — (Deist) 216 — Foust) 417 — (Kellogg) 417 — (Riebold) 23, 223 — (Rouché) 224.
Diphtherie, Therapie (Seidel) 453.
Diphtherie, Serumtherapie (Knöspel) 290 — Heilserum (Woody) 139 — Dosierung des Serums (Henningsson) 21 — Dosierung des Heilserums (Schöne) 196 — Wirksamkeit des Behringschen Heilserums (Reiche) 223 — Therapie mittels intravenöser Seruminjektion (Alber) 179 — Schutzwirkung des Serums (Hartoch und Schürmann) 368.
Diphtherie Immunisierung (Löwenstein) 220 — aktive Immunisierung (Park, Zingher und Serota) 127 — nach Behring (Schreiber) 224.
Diphtherie, Schutzmittel T A. (v. Behring und Hagemann) 214 — Schutzimpfung nach Behring (Rohmer) 139 — Behrings Schutzmittel (Hornemann) 218 — Behrings Vakzin (Kleinschmidt und Viereck) 219.
Diphtherie, Vakzinebehandlung der Bakterienträger (Weil) 418.
Diphtherie, Behandlung mit Yatren (Freund) 196.
Diphtherie, Wirkung des Bac. acidi lact. (Nicholson jun. und Hogan) 222.
Diphtherie, Jodbehandlung des Rachens (Schlichting) 224.
Diphtherie, Komplikationen (Reichel) 289.
Diphtherie nach Durchstechen der Ohrläppchen (Pollak) 20.
Diphtherie der Alveolen (von Bokay) 215, 351.
Diphtherie, Erkrankungen des Appendix (Reiche) 223.
Diphtherie, Obliteration der Arterien (Bailly) 214.
Diphtherie, durch Diphtheriebazillus hervorgerufene blenorrhoische Prozesse (Kobrak) 219, 369.
Diphtherie, Gangrän des Fußes (Veau und Weber) 225.
Diphtherie, Meningitis (Reiche) 223.
Diphtherie der Nase (Buttermilch 215 — primäre, der Nase (Schatz) 418.
Diphtherie, akute primäre Pneumonie (David) 43.
Diphtherie, Vulvovaginitis (Schmincke) 62.
Diphtherie, postdiphtherische Lähmung (Barton) 214 — (Berghinz) 214 — (Gött) 69 — (Hahn) 218 — (Schmincke) 62.
Diphtherie, Lähmung und Antitoxin (Kleinschmidt) 290.
Diphtherie, postdiphtherische Larynxstenose (Rohn) 289.
Diphtherie, postdiphtherische Polyneuritis (Dreyfus und Schürer) 23, 216, 369.
Diphtherie, postdiphtherische Spätlähmungen der äußeren Augenmuskeln (Jannot) 259.
Diphtherie, Hemiplegie (Hallé, Bloch und Foix) 218.
Diphtherie, Hypophyse bei experimenteller Diphtherie (Abromow) 213.
Diphtherie, Epidemiologie (Perkins) 418 — Epidemiologie in Cleveland 226.
Diphtherie, Milchepidemie (Ustvedt) 289.
Diphtherie, Beziehungen zur sozialen Lage (Benda) 368.
Diphtherie, Einfluß der Sommerferien auf die Sterblichkeit (Bernhard) 452.
Diphtherie, Statistik des Hospitals Hérold (Barbier und Aine) 214.
Diphtherieserum, Eiweißspaltung (Reiß und Barabás) 281.
Diphtherieserum bei Erysipel (Polák) 370.
Diplegie, spastische (Chisolm) 251 — spastische zerebrale (Spiller) 319.
Diplococcus lanceolatus in Pemphigusblasen (Busson, Kirschbaum und Staniek) 5, 215.
Disposition und Diathese (v. Behring) 212.
Diurese und Kochsalzausschwemmung (Wundt) 210.
Doppelmißbildungen (Sobotta) 266.

Dornfortsatz, angeborener Defekt (Peltesohn) 265.
Dosierung von Arzneimitteln (Engel) 196.
Drehlade (Schloßmann) 401.
Ductus arteriosus, Offenbleiben (Harrington) 234 — Botalli, Verschluß (Linzenmeier) 234.
Ductus Cuvieri, Persistenz (Schütz) 235.
Dukessche Krankheit (Franchetti) 217 — (Kramer) 180.
Duodenum, angeborene Atresie (Fuhrmann) 496.
Duodenum, kongenitale tiefe Stenose (Melchior) 150, 244.
Duodenum, tuberkulöse Stenose (Fischer) 227.
Duodenum, Ulcus (Holt) 243 — (Knöpfelmacher und Bien) 243 — perforierendes Ulkus (Bonnaire, Durante und Ecalle) 242.
Durchbruch tuberkulöser Tracheobronchialdrüsen (Paunz) 145.
Dysenterie (Dresel und Marchand) 216 — (Lesage und Bobillier) 220 — (Singer) 376 — (Weihe) 225.
Dysenterie, bazilläre (Desderi) 216.
Dysenterie, Bazillen (Mayer) 280 — Amöbenfrage (Bobillier) 215 — durch Amöben (De Bruys) 420.
Dysenterie durch Flagellaten (Leitao) 221.
Dysenterie, Behandlung (Göppert) 140 — Bolus alba (Stumpf) 358 — Emitintherapie (Archibald) 213.
Dysenterie, Serumtherapie (Bujwid) 459 — Serumtherapie (Klesk) 459.
Dysenterie, Epidemie (Keuper) 219 — Verseuchung der Milch durch Coccidium oviforme und Bacterium coli (Türk) 359.
Dystrophia adiposo-genitalis (Weicksel) 256.

Echinokokkenzyste der Leber (Rocher) 245.
Ecthyma gangraenosum (Takahashi) 352.
Einwirkung der Sonnenstrahlen auf tuberkulöse Fisteln (Kisch und Grätz) 37.
Eiweiß, Empfindlichkeit (Rich) 416.
Eiweiß, enterale Resorption (Lawatschek) 13, 201.
Eiweiß, Fällung (af Ugglas) 87.
Eiweiß, Eiweißkörper des Blutserums bei Infektionskrankheiten (Saint-Girons) 193.
Eiweiß, Gehalt des Blutes (Bernhard) 199 — (Nast) 192.
Eiweiß, Stoffwechsel (Peiser) 286.
Eiweiß, Verdauungsstörungen (Ferguson) 414.
Eiweißmilch (Arnold) 413 — (di Cristina) 199 — (Haskell) 414 — (Modigliani) 85, 202 — (Mulherin) 202 — (Näf) 202 — (Poulsen) 442 — (Sluka und Sperk) 87, 203 — (Sperk) 203.
Eiweißmilch, Bereitung (Hoobler) 205.
Eiweißmilch, Ernährung kranker Säuglinge (Lichtenstein) 7.
Eiweißmilch Erfolge (Baron) 282 — Erfolge im Hause und im Spital (Sluka und Sperk) 6.
Eiweißmilch, vereinfachte Herstellung (Kern und Müller) 84.
Eiweißmilch, Ersatz (Stoeltzner) 203.
Eiweißmilch nach Engel (Leichtentritt) 442.
Eiweißnährschaden (Benjamin) 65.
Eiweißschaden (Benjamin) 82.
Eiweißstoff, Methylierung (Herzig und Landsteiner) 84.
Ekehornsche Operation (Tölken) 494.
Eklampsie und Anaphylaxie (Liepmann) 213.
Eklampsie, intermediäre Krampfanfälle (Husler) 67.
Ekzem, Diätetik (Lyman) 324 — Herabsetzung der Kohlehydrate bei Ernährung (Sturtevant) 415.
Ekzem, Hausepidemie nach Vakzination (Bossart) 351.
Ekzem und Neurodermitis (Lehnert) 155, 352.
Ekzem, Ursachen und Therapie (Freeman) 155, 258.
Ekzem, Pellidolsalbe (Rominger) 56, 352.
Elektrokardiogramm der angeborenen Herzfehler (Lohmann und Müller) 234.
Elektrokardiogramm bei Spasmophilie (Morgenstern) 213.
Elephantiasis lymphangiectatica (Besley) 239.
Elternkonflikt der Jugendlichen (Lazar) 250.
Embryo, Altersbestimmung (Triepel) 211.

Embryo, Entwicklung der großen Gefäße (Masloff) 235.
Embryo, lymphoide Vorstufen der hämoglobinhaltigen Normoblasten und Megaloblasten (Ferrata und de Negreiros-Rinaldi) 238.
Emetin bei Dysenterie (Bobillier) 215.
Emetin, Therapie der Dysenterie (Archibald) 213.
Emphysem der Haut (Giraud) 236, 237 — (Rivet) 258. (Dunlop) 42, 236 — chirurgische Therapie (Dowd) 236.
Empyem, parapneumonisches (Sauer) 308.
Empyem durch Pneumokokken (Fouzin) 42.
Endokarditis (Crandall) 233.
Endokarditis, familiäres Vorkommen (Smith) 235.
Endokarditis, chronische infektiöse (Jones) 234 — (Jones und Meine) 234.
Endokarditis lenta (Stadler) 385.
Endokarditis parietalis congenita (Niemyska) 235.
Endokarditis, rheumatische (Lucas und Wentworth) 234.
Endokarditis verrucosa (Reye) 386.
Endokrine Drüsen bei Athrepsie (Mattéi) 241.
Endokrine Drüsen, Einfluß auf den Mineralstoffwechsel und Blutbild bei Rachitis (Bieling) 240.
Endokrine Drüsen, Insuffizienz und Syphilis (Vaglio) 242, 482.
Endokrine Drüsenextrakte, Einwirkung auf den Stoffwechsel (Bieling) 163.
Endophlebitis der Lungenvenen (Schmincke) 63.
Energie, Umsatz bei Fehlen beider Hirnhemisphären (Talbot) 450.
Energiebedarf des Neugeborenen (Bailey und Murlin) 415.
Energiestoffwechsel (Murlin und Hoobler) 286.
Enterale Infektion (Schelble) 10.
Enteritis und Hemiplegie (Carretier) 10, 242.
Entwicklung, Gesetze (Laumonnier) 198.
Entwicklung, normale (Mayet) 198 — physische (Belot) 197.
Enurese (Moore) 422.
Enuresis (Schwartz) 255.
Enzephalitis, akute (Comby) 252 — bei Syphilis (Péhu und Gardère) 232 — der weißen Hirnsubstanz bei Syphilis (Pellegrini) 232.
Enzymamilch (Binder) 82 — (Löhnis) 85 — (Meurer) 85. 205.
Eosinophilie bei Chorea (Leopold) 253 — und exsudative Diathese (Kroll-Lifschütz) 352.
Ependymitis, seröse (Lagane) 253 — (Lagane und Géry) 253.
Epidermolysis bullosa (Hudelo und Montlaur) 258.
Epilationsmanie (Martin) 422.
Epilepsie (Main) 422 — (Maurice) 253 — (Paul-Boncour) 254 (Perin) 254 — (Woods) 255.
Epilepsie, genuine (Bolten) 53.
Epilepsie, Opium-Bromtherapie (Kellner) 436.
Epilepsie mit Bromoderma (Goldreich) 252.
Epilepsie und Spasmophilie (Curschmann) 252 — (Peritz) 254.
Epiphysen, Lösung (Lange) 262.
Epiphysenschatten bei Myxödem (Goetzky und Weihe) 194.
Epitheliom der Niere (Muller und Savy) 248.
Epithelkörperchen (Thimm) 432.
Epithelperlen am harten Gaumen (Peter) 261.
Erbrechen (Kaupe) 200.
Erbrechen, Therapie (Nobécourt) 202 — Behandlung (Tobler) 9.
Erbrechen, zuckerreicher Milch (Longevialle) 201.
Erbrechen, nervöses (Mc Clure) 199.
Erbrechen, periodisches (Vitry und Labbé) 204 — mit Azeturie (Zade) 444.
Erbrechen, rezidivierendes (Kerley) 200.
Erbrechen, zyklisches (Underhill und Steele) 203 und 204.
Erbrechen, persistierendes (Bartlett) 198.
Erdnußmilch (Raudnitz) 356.
Ermüdung der Schulkinder (Altschul) 271.
Ermüdungsreaktionen (Hofmann) 250.
Ernährung (Biebesheimer) 199 — (Chapin) 199 — (Dixon) 199 — (Döbeli) 199 — (Frey) 414 — (Harkness) 414 — (Huenekens)

414 — (Kerr) 414 — (Ladd) 414 — (Langstein) 132 — (Lowenburg) 201 — (Meigs) 201 — (Morse) 202 — (Mucklow) 415 — (Neff) 202 — (Pritchard) 202 — (Rimer) 415.
Ernährung in den ersten Monaten (Roler) 203.
Ernährung, natürliche (Rietschel) 203 — (Schute) 451.
Ernährung, Beziehungen zwischen Muttermilch (Dutoit) 200.
Ernährung, Technik bei Brustkindern (Berry) 199.
Ernährung, Technik (Taylor) 415 — (Variot) 204 — Zahl der Mahlzeiten (Jaschke) 200 — Herstellung der Nahrungsmischungen (Müller und Schloß) 356.
Ernährung, kalorische (Pollitzer) 415 — Betrachtungsweise (Mayerhofer und Roth) 201 — Kalorienwert der Nahrung (Gittings) 207.
Ernährung, Nährwert von Nährmitteln (Wheeler) 415.
Ernährung, ausschließlich mit Milch (Merklen) 201.
Ernährung mit hohen Eiweiß- und Kohlehydrat- und niedrigen Fettsätzen (Miller) 132.
Ernährung, eiweißfettfreie Kost (Januschke) 200.
Ernährung mit top-milk (Mabbott) 414.
Ernährung mit Milchmehlen (Luna) 201.
Ernährung, fleischlose Kost (Hüttig) 200.
Ernährung, vegetarische und fleischarme (Determann) 283.
Ernährung und Infektion (Hornemann) 192.
Ernährung, Einfluß der Milch auf Sterblichkeit, Wachstum und Darmflora (Rettger) 415.
Ernährung bei Herzkrankheiten (Hoffmann) 172.
Ernährung älterer Kinder (Wolf) 201.
Ernährung der Hospitalkinder (Lowenburg) 414.
Ernährung, Lehrbuch (Ewald) 410.
Ernährungsstörung (Baginsky) 447 — (Brundage) 414 — (Combe) 199 — (Nobécourt) 202 — (Pacchioni) 133 — (Schelble) 9 (Stoeltzner) 415 — (Tedeschi) 203 — (Williams) 420.
Ernährungsstörung, bakterielle (Black) 413.
Ernährungsstörung, Ätiologie (Baerthlein und Huwald) 198.
Ernährungsstörung bei natürlicher Ernährung in Japan (Takasu) 177.
Ernährungsstörung, Körperzusammensetzung (Klose) 134.
Ernährungsstörung, Behandlung chronischer Darmkatarrhe (Schippers) 176.
Erysipel, Behandlung mit Antidiphtherieserum (Polák) 370.
Erythema chronicum migrans (Kerl) 258, 352.
Erythema infectiosum (Heisler) 30, 258 — (Tobler) 352.
Erythema nodosum (Balzer und Landesmann) 239 — (Eichhorst) 366 — (Schuhmacher) 352 — bei Scarlatina (Eichhorst) 217.
Erythrocyturia minima (Castro) 247.
Erziehliche Beeinflussung (Wolffheim) 250.
Erziehung (Kemsies) 427.
Erziehung, körperliche (Spitzy) 406.
Erziehung, staatsbürgerliche (Baernreither) 407.
Erziehung der verlassenen und verwahrlosten Jugend (Becker) 407.
Erziehungsbuch, deutsches (Dornblüth) 500.
Erziehungsfragen (Forstreuter) 250.
Eugenie (Beveridge) 425 — (Bird) 267.
Eventeration (Pollak) 265.
Exophthalmus bei Orbitaltumoren und Barlowscher Krankheit (Jantzen) 259.
Exspiration, manifeste und latente Insuffizienz (Göppert) 148.
Exsudative Diathese (Samelson) 451 — und Eosinophilie (Kroll-Lifschütz) 352 — und Stoffwechsel (Niemann) 411 — und Wasserstoffwechsel (Lederer) 208 — und Tuberkulosebekämpfung (Bockhorn) 18, 212.

Familiäre Syphilis (Brisson) 231.
Farbenempfindung (Valentine) 198.
Fäzes (Page) 415.
Fäzes, Untersuchung (Mc Clanahan und Moore) 414 — Zusam-

mensetzung diarrhoischer (Holt, Courtney und Fales) 287.
Fäzes, Aschengehalt (Nobécourt und Bidot) 209 — Verlust an Mineralsalzen (Marfan, Dorlencourt und Saint-Girons) 136, 208.
Fäzes, Nachweis von Blut (Snapper) 276.
Fäzes, Nachweis von Kasein (Liwschütz) 85.
Fäzes, Rohmilchgerinnsel (Poulsen) 86.
Fäzes, Reaktion (Weil und Dufourt) 133, 210.
Fäzes, Gärungsprobe (Luna) 208.
Fäzes, Bakterienflora (Basten) 199 — Bacillus aerogenes capsulatus (Knox und Ford) 280 — jodophile Bazillen (Strina) 210.
Fazialis, isoliertes Phänomen (Hochsinger) 252.
Fazialis, Paralyse (Synnott) 423 — angeborene Lähmung (de Castro) 251.
Femur, Defekt (Thomas) 266.
Fermente im Darminhalt (Schmidt) 210.
Fermente der Milchdrüse und der Milch (Grimmer) 205.
Fermentreaktion bei Ziegenmilch (Wedemann) 12.
Fett, Bestimmung (Herramhof) 84.
Fett, Bestimmung in Milch (Bloor) 82 — (Oven) 86 — im Milchpulver (Teichert) 87 — im Rahm (Blanck) 82.
Fett, niedermolekulare Fettsäureglyzeride im Milchfett (Gutzeit) 83.
Fett, Gehalt der Trockenmilch (Utz) 206.
Fett, Steigerung des Fettgehaltes der Milch (Grumme) 205.
Fett, Mindestfettgrenze für Vollmilch (Behre) 82.
Fett, Austausch in der Nahrung (Peiser) 86, 134.
Fett, Anreicherung der Säuglingsnahrung (Niemann) 85.
Fett, übermäßiger Fettgehalt der Ammenmilch (Barbier) 198.
Fett, Einfluß aufs Wachstum (Osborne und Mendel) 86.
Fett, Einfluß auf die Labungsgeschwindigkeit (Kreidl und Lenk) 85.
Fett, Indigestion (Dunn) 414.
Fett, Resorption bei Tuberkulose (Schultz) 135.
Fett, Wirkung bei der Haferkur (Porges) 202.
Fettsäure, flüchtige, in Säuglingsnahrung (Bahrdt und Edelstein) 198 — im Darm (Bahrdt und Mc Lean) 81, 198 — im Magen (Bahrdt, Edelstein, Hanssen und Welde) 198.
Fettschwund, symmetrischer progressiver (Simons) 256.
Fettsucht (Mouriquand) 256.
Fieber, alimentäres (Lövegren) 208.
Fieber nach Kochsalzinfusionen (Rietschel, Heidenhain und Ewers) 209.
Fieber, Kochsalzfieber und Wasserfehler (Freund) 207 — (Heubner) 208.
Fieber, Hungerfieber (Mayer) 443.
Fieber, transitorisches bei Neugeborenen (Péteri) 288.
Fieber unbekannten Ursprungs (Potter) 413.
Fibromyxosarkom des Mesenteriums (Chiaravalloti) 494.
Filaria (Bockhorn) 478.
Findelhaus 270 — (Zahorsky) 427.
Finger, Mißbildung (Grinbarg) 264.
Flimmerarrhythmie (Nadel) 235.
Fluoroskopie, Wismutpillen (Hess) 434.
Fondation Pierre Budin (Legucq) 269.
Fontanellenknochen (Abels) 256 — der vorderen Fontanelle (Soldin) 185.
Foramen Botalli, Offenbleiben (Tron) 236.
Foramen, ovale, Offenbleiben (Westermann) 236.
Foerstersche Operation (Hevesi und Benedek 252 — bei spastischen Zuständen (Bircher) 56.
Fötus, Hormone (Wolff) 211.
Fötus, Fermente im Darminhalt (Schmidt) 210.
Fötus, Verhalten der Blutelemente (Rinne) 211.
Fötus, Beziehungen mütterlicher Erkrankungen (Raubitschek) 192.
Fötus, Sensibilität bei Erregungszuständen der Mutter (Keiffer) 210.
Fötus, Übergang von Arzneimitteln (Jung) 196.
Fötus, Infektion (Masay) 364.

Fötus, Einfluß des Salvarsans (Hedén) 196.
Fötus, Geschichte der Pathologie (Richter) 210.
Fötus, Wassersucht (Croizier) 210.
Fragilitas ossium (Ostheimer) 423.
Fraktur (Heflin) 424.
Frauen, Lage in der Industriestadt Hamborn (Baum) 267.
Frauenmilch (Bosworth) 415. (Talbot) 206 — der ersten Laktationszeit (Zuckmayer) 206.
Freiburger Kinderpraxis (Noeggerath) 431.
Freiluftschule (Aikmann) 427 — (Nuth) 272 — (Stephani und Lochert) 428 — (Weinberg) 428.
Fremdkörper im Ösophagus (Greene und Garland) 262 — (Guisez) 262 — im Pharynx (Baldenweck) 260.
Friedenthalsche Milch (Bahrdt, Bamberg, Edelstein und Hornemann) 81 — und Gemüsepulver (Friedenthal) 200.
Friedmannsches Heilmittel, (Drachter) 38, 161 — (Hummel) 160 — Mittel (Kahn und Seemann) 38 — Tuberkulosemittel (Lust) 70 — Tuberkuloseheilmittel (Opitz) 229 — (Scholz) 383.
Friedreichsche Ataxie (Spicker) 39 — Krankheit, Sensibilitätsstörungen (Saunders) 255.
Fruchtabtreibung (Guttzeit) 76.
Fruchtabtreibung und Geburtenrückgang (Hirsch) 76.
Frühgeborene (Morgan) 416 — Pflege (Clanahan) 277.
Frühreife (Beekmann) 282.
Fürsorge 271 — (Baudouin) 267 — (Baum) 267 — (Baumbach) 267 — (v. Behr-Pinnow) 498 — (Bradley) 425 — (Burns) 267 — (Caton) 267 — (Cruveilhier) 159 — (Day) 425 — (English) 425 — (Gray) 268, 425 — (Hecker) 333 — (Heubner) 268 — (Hoffa) 268 — (Hofmokl) 400 — (van Ingen) 268 — (Liefmann) 498 — (v. Liszt) 405 — (Mittelhäuser) 426 — (Mohr) 269, 334 — (Moll) 401 — (Rißmann) 498 — (Rivet) 270 — (Robertson) 426 — (Salge) 400, 426 — (Smith) 270 — (Synnott) 191, 270 — (Wahrendorf) 400 — (Walch-Kerens) 270.
Fürsorge, pränatale (Williams) 332 — in der Schwangerschaft und Entbindung (Kerr) 268.
Fürsorge für die Kleinsten (Erhard) 330.
Fürsorge für Kinder von Fabrikarbeiterinnen (Fellhoen) 268.
Fürsorge in Unteroffiziersfamilien (Eckert) 332.
Fürsorge, Schutzaufsicht (Belem) 405.
Fürsorge einst und jetzt (Heubner) 426.
Fürsorge in der Großstadt (Rohmer) 270 — in kleinen Städten (Pürckhauer) 332 — auf dem Lande (Seitz) 332.
Fürsorge, Mitwirkung der Ärzte (De Vilbiss) 427 — Bedeutung der ärztlichen Ausbildung (Salge) 270.
Fürsorge und Hebammen (Rapmund) 270 — (Sittler) 270.
Fürsorge, Heranbildung von Lehrkräften (Becker) 405.
Fürsorge und Gratisspeisung von Müttern (Cruveilhier) 267.
Fürsorge, ländlicher Haushaltungsunterricht (Mayr) 409.
Fürsorge, II. Preußische Landeskonferenz für Säuglingsschutz 189.
Fürsorge im Krieg (Altschul) 425 — während des Krieges (Belem) 407 — im Kriege (Dvořák) 408 — (Janisch) 408 — (Moll) 409.
Fürsorge für ortsfremde oder nicht seßhafte Jugendliche (Baum) 335 — (Landsberg) 335 — (Polligkeit) 335.
Fürsorge in Aachen (Elfert) 267 — in Bayern (Maçon) 426 — (Seiffert) 427 — in Böhmen (Kolinsky) 404 — in Brasilien (Moncorvo fils) 269 — in Chemnitz (Schoedel) 426 — in Cleveland (Gerstenberger) 268 — in Dünkelsbühl (Pürckhauser) 269 — in England (Delefosse) 267 — (Walter) 270 — in Frankreich (Gannet) 268 — (Py) 269 — in Greifswald (Hardrat) 268 — in Hamburg (Hanssen) 401 — (Sieveking) 270, 401 — der Hanseatischen Landesversicherungsanstalt (Classen) 267 — in Kattowitz (Bruck) 425 — in Kiel (Hanssen) 401 — in Köln 270 — auf der schweizerischen Landesausstellung (Pinkus) 405 — in Liegnitz (Kirchhoff) 426 —

in Lüttich (Lamalle) 269 — in München (Hecker) 499 — (Reinach) 333 — (Weitpert) 333, 338 — in Oberbayern (Henkel) 426 — der Poliklinik in Bordeaux (Cadenaule) 267 — in Südkarolina (Rogers) 426 — in Toulouse (Jullian) 268 — in den Vereinigten Staaten (Lathrop) 269 — in Wien 270 — für die aufsichtslose Schuljugend in Wien (Lemberger) 406 — in Würzburg (Heilmaier) 268, 333.
Fürsorgeheim in Hohenelbe (Heller) 404.
Fürsorgestelle (Boobbyer) 267 — der Großstadt (Grimm) 332 — einheitliche Statistik 271.
Fürsorgestelle in Berlin Schöneberg (Helbich) 268 — in Chemnitz (Schoedel) 270 — in Mannheim (Felsenthal) 268 — in München-Westend (Schmidt) 402.
Furunkulose, Therapie mittels Thermokauter (Schubert) 258, 352 — Vakzinetherapie (Ribadeau-Dumas und Philippe) 156 —
Fuß, Mißbildung (Bradley) 424.
Futtereinheit und Stärkewert (Fingerling) 83 — (Hansson) 84.

Gallenblase, akute typhöse Entzündung (Bittner) 26.
Gallenfarbstoff beim Fötus und Neugeborenen (Ylppö) 246.
Gangrän der Extremitäten (v. Khautz) 258, 352.
Gangrän des Fußes bei Diphtherie (Veau und Weber) 225.
Gangrän der Haut (Zuber) 259.
Gasbazillus bei Verdauungsstörungen (Sylvester und Hibben) 446.
Gasstoffwechsel (Benedict und Talbot) 13. 135.
Gauchersche Krankheit (Herrman, Roth und Bernstein) 246.
Gaumen, Spalte (Emerson) 328 — Operation (Drachter) 493.
Gebiß, Entwicklung (Adloff) 259.
Geburtenrückgang 271 — (Fischer-Dückelmann) 338 — (Grassl) 331 — (Groth) 330 — (Grotjahn) 338 — (Jahn) 330 — (Langstein) 426 — (Ostler) 330 — (Pilsky) 269 — (Rohleder) 76 — (Roesle) 338 — (Schloßmann) 270, 403 — (v. Schrenck) 338.
Geburtenrückgang und Fruchtabtreibung (Hirsch) 76.
Geburtenrückgang und Konfession (Forberger) 76.
Geburtenrückgang und Sterblichkeit (Feer) 60, 268 — und Säuglingssterblichkeit (Hofmeier) 268.
Geburtenrückgang in Deutschland (v. Gruber) 76 — (Herzog) 426 — (Seeberg) 76.
Geburtenzahl in Bayern (Seiffert) 427.
Geburtsverletzungen (Liebermann) 211.
Geistesstörung (Rhein) 422 — und Kriminalität (Raecke) 393.
Geländebehandlung (Roeder) 196 — (Roeder, Bieling und Spinak) 196.
Gelenk, chronische Schwellungen (Knoepfelmacher) 249.
Genitale Blutungen (Zacharias) 364.
Genitalien, Veränderungen beim Status hypoplasticus (Herrmann) 247 — Einfluß der Spina bifida auf den Prolaps (Lewis) 265 — Mißbildung der Nieren (v. Franqué) 247.
Genu valgum (Waas) 264.
Gerichtliche Medizin (Harnack) 173, 186.
Geschichte der Säuglingskrankheiten im Altertum (Hack) 191.
Geschlechtskrankheiten und Kind (Hahn) 335.
Gesetz Paul Strauß (Bonnaire) 267.
Gesundheit des Kindes (Kassowitz) 188.
Gesundheitspflege des Kindes (Kruse und Selter) 169.
Gesundheitspflege auf dem Lande (Klumker) 269.
Ghonscher primärer Lungenherd (Berghinz) 226.
Gigantismus (de Bruin) 336.
Glandula pinealis, Zyste (Pussep) 241.
Glandula pinealis, Verwendung bei defekten Kindern (Berkeley) 240.
Glaukom (Renault und Thiers) 229.
Glioblastisches Sarkom des Kleinhirns (Borzekowska-Lewin) 251.
Gliom des Kleinhirns (Batten) 251.
Gliom der Retina (Schmincke) 61.

Glissons de Rachitide (Ebstein) 191.
Glosso-epiglottische Furche, zystischer Tumor (Abrand und Masson) 261.
Glukose, Schätzung nach Kupferjodidemethode (Cole) 83.
Glukosurie bei Syphilis (Day) 231.
Glyzyltryptophanprobe (Koch) 84 — in der Zerebrospinalflüssigkeit (Segagni) 195.
Goldchloridreaktion der Zerebrospinalflüssigkeit (Crulee und Moody) 276.
Gonitis luetica (Magyar) 232.
Gonokokken, Degenerationsformen (Asch) 438.
Gonokokken bei Kindern und Erwachsenen (Pearce) 280.
Gonokokken, Sepsis mit Arthritis (Nicoll) 418.
Gonokokken, Vulvovaginitis (Straßberg) 27.
Gonokokkenvakzine bei Vulvovaginitis (Comby und Condat) 27.
Gonorrhöe (Reinhard) 223.
Gonorrhöe, rektale (Wolffenstein) 352.
Gonorrhöe, Diagnose und Therapie (Norris) 461.
Gonorrhöe, Vakzinetherapie (Hamburger) 247, 352.
Granulosis rubra nasi (Cougerot) 260.
Gravidität, Stoffwechsel (Landsberg) 208.
Guaiacol, Vergiftung (Sexton) 266.

Haar, Pflege (Herrmann) 195.
Haar, allgemeine Behaarung (Herzog) 485.
Haar, Entwicklung, Zahnung und innere Sekretion (Josefson) 45.
Haferkur, Wirkung des Fettes (Porges) 202.
Hafermehl (Portes) 202.
Hakenwurm (Mock) 244.
Hals, angeborene Fistel (Broca, Salin und Monod) 264 — kongenitale Geschwülste (Caldwell) 261.
Halsrippe (Raillet) 265 — Entwicklung (Falk) 399.
Haemangioma cavernosum im Herzen (Schuster) 235.
Hämatom, epidurales im Rückenmarkskanal (Grönè) 211.
Hämatome, mesenchymale in Leber und Milz (v. Falkowski) 245.
Hämoglobinurie, Injektionen von Diphtherieserum (Marie und Rouèche) 248.
Hämoglobinurie, paroxysmale (Nobel) 248.
Hämolytischer Ikterus (Gorter) 186.
Hämophilie (von den Velden) 238 — Blutuntersuchungen (Howell) 44.
Hämophilie der Neugeborenen (Brady) 420.
Hämorrhagie, gastrointestinale (Bonnet-Laborderie) 211.
Hämorrhagie, genitale (Zacharias) 364.
Hämorrhagie beim Neugeborenen (Mc Gowan) 211.
Hämorrhagische Diathese bei Geisteskranken (Ottosson) 54 — bei Tuberkulose (Faschingbauer) 352 — bei Typhus (Walko) 457.
Hämostyl zur Therapie der Schrunden (Chevrier) 261.
Hand, Mißbildung (Bradley) 424.
Handbuch der Herz- und Gefäßerkrankungen 189 — der Psychiatrie (Aschaffenburg) 338.
Aphasia congenita (Markert) 253.
Harn der ersten Lebenstage (Franz und v. Reuss) 207.
Harn, Analyse (Freeman) 287.
Harn, organische Säuren (Nalli) 209.
Harn, Lipoidsubstanzen im Urinsediment (Reinike) 164.
Harn, diastatische Wirkung (Mc Clure und Chancellor) 207.
Harn, Ehrlichsche Reaktion (Rachmilewitsch) 288.
Harn, Vorkommen von roten Blutkörperchen (Schulte und Woltring) 316.
Harn, Entleerung beim Säugling (Engel) 165, 360.
Harn, Einfluß der Nahrung auf die Sekretion (Niemann) 449.
Harn, Giftigkeit (Werner und Kolisch) 88.
Harn bei Pollakiurie (Galli) 207.
Harn, Verhalten nach Appendizitisoperationen (Evans) 327.
Harn, Antiseptika (Walker) 50.
Harnblase, Divertikel (Wallfield) 421 — Ektopie (Schmincke) 62.
Harnstein (Collins) 247.
Harn, Koliinfektion (Gordon) 247.

Harnwege, Infektion (Cannata und Caronia) 247 — (Mitchell) 421 — (Ramsey) 248 — (Thomson) 315.
Hasenscharte, Operationen (Hagemann) 493 — (Hans) 493 — (Helbing) 492 — (Holfelder) 493 — (Matti) 492 — (Narath) 493.
Haut, Sammelreferat über dermatologische Literatur (Leiner) 343.
Haut, graphische Analyse kutaner Reaktion (v. Pirquet) 35.
Haut, Emphysem (Giraud) 236, 237 — (Rivet) 258.
Haut, Emphysem bei Masern (Delcourt) 216 — (Méry und Girard) 221.
Haut, Tuberculosis verrucosa (Bourgeois) 351 — disseminierte Tuberkulose (Bruusgaard) 226, 351 — kleinpapulöse Tuberkulide (Feer) 303, 352.
Hebammen, Bedeutung für den Säuglingsschutz (Rademacher) 269, 426.
Hebammen und Fürsorge (Rapmund) 270 — (Rott) 270.
Hebamme, Unterricht in Säuglingsfürsorge (Jung) 426.
Hebammenprämien (Metzl) 269 — (Patzowsky) 269, 331 — im Bezirke Friedland (Metzl) 402.
Hefe, Infektion (Craik) 199.
Heilpädagogik (Förster) 393.
Heliotherapie, Änderungen des Respirationsstoffwechsels (di Cristina) 207.
Heliotherapie bei chirurgischer Tuberkulose (van Dorp) 181 — (Leriche) 37 — (d'Oelsnitz) 228 und 229.
Hemimelia thoracica (Wachenheim) 266.
Hemiplegie (Cockayne) 251 — (Wright) 423.
Hemiplegie bei Diphtherie (Hallé, Bloch und Foix) 218.
Hemiplegie und Enteritis (Carretier) 10, 242.
Hemiplegie und Schwachsinn (Variot und Chatelin) 255.
Hemiplegie bei Syphilis (Babonneix und Tixier) 251.
Hemiplegie, spastische, Foerstersche Operationen (Hevesi und Benedek) 252.
Hemispasmus der Unterlippe (Bergmann-Grunwald) 251.
Henochsche Purpura (Barling) 258.
Hernie, diaphragmatische (Fidler) 156 — (Monti) 265.
Hernie, inguinale (Novaro) 262 — (Phélip) 262 — (Spalding) 262 — Therapie der Leistenbrüche (v. Eröss) 261.
Hernie, umbilikale (Fraser) 327 — (Herding) 262 — (Léo) 262.
Hernie, Bruchanlagen bei Föten (Bernstein) 210.
Hernie, Therapie (Fischl) 262.
Hernie, eingeklemmte (Tillaye) 263.
Herz, Erkrankungen (Brelet) 233 — (Dunn) 233.
Herz, organische und funktionelle Erkrankungen (Nobécourt) 235.
Herz, Klappenfehler (Abrahams) 233.
Herz, angeborene Erkrankungen (Letulle) 234.
Herz, Mißbildungen (Heller und Gruber) 234 — (Letulle und Chaussé) 234.
Herz, angeborene Mißbildung (Robertson) 235 — des rechten Herzens (Leblanc) 265 — mehrfache Mißbildungen (Gamma) 234.
Herz, angeborener Fehler (Abelmann) 233 — (Dünner) 233 — Diagnose und Prognose der angeborenen Fehler (Dunn) 147.
Herz, Haemangioma cavernosum (Schuster) 235.
Herz, Hypertrophie bei Nephritis (Wessler) 249 — Elektrokardiogramm der angeborenen Fehler (Lohmann und Müller) 234.
Herz, Veränderungen der Herzganglien bei Scarlatina (Stegemann) 180, 225 — nephritische Herzanomalie bei Scarlatina (Baginsky) 214 — Rhythmus bei Scarlatina (Monier-Vinard und Meaux-Saint-Marc) 221.
Herz, Diättherapie bei Herzkrankheiten (Hoffmann) 172.
Herz, Massage bei scheintot geborenen Kindern (La Rue) 212.
Hilusdrüsen, Tuberkulose (Segard) 229.
Hirn, Arbeit der Großhirnrinde (Krasnogorski) 192.
Hirn, Erregbarkeit des Kleinhirns beim Neugeborenen (Galante) 192.
Hirn, Erkrankungen und Syphilis (Babonneix) 230 — hereditärluetische Erkrankung (Knoepfelmacher) 232.

Hirn, tuberöse Sklerose (Nieuwenhuijse) 254.
Hirn, Geschwülste (d'Astros) 251.
Hirn, traumatischer Abszeß (Van der Torren) 184.
Hirschsprungsche Krankheit (Knöpfelmacher) 243 — (Linde und Kleiner) 421 — (Lower) 421 (Machell) 243 — (Porte) 244 — (Poeschel) 244 — (von den Vrijhoef) 48.
Hirsuitismus (Herzog) 485.
Hitze, Einfluß auf Morbidität und Mortalität (Helmholz) 200.
Hochgebirge, Aufenthalt chronisch kranker Kinder (Liefmann) 195.
Hoden, inguinale Ektopie (Rocher) 152 — Tumoren (Hardouin und Potel) 262.
Homogenisieren der Milch (Mayer) 205 — (Burr und Weise) 82.
Hormone, fötale (Wolff) 211.
Hospitalismus (Chapin) 425.
Hüftgelenk, Deformierung (Schwarz) 264.
Hüftgelenk, Luxation (Nicod) 263.
Hüftgelenk, angeborene Luxation (Böcker) 495.
Hüftgelenk, diagnostische Bedeutung der Tuberkulinherdreaktion (Keppler und Erkes) 380.
Humanisierte Milch (Epstein) 414.
Humerus, Luxation (Ebert) 261 — Verletzungen des oberen Humerusendes bei Geburtslähmungen (Peltesohn) 152, 262.
Hunger (Ginsburg, Tumpowsky und Carlson) 284 — Stoffwechsel 210 — (Murschhauser) 209 — Azetonurie (Lambling und Boulois) 208.
Hungerfieber (Mayer) 443.
Hungernde Säuglinge (de Lange) 177, 201.
Husten, Erreger (Kruse) 41.
Hydrochininum hydrochloricum bei Pertussis (Löhr) 376.
Hydronephrose (Baldwin) 246 — kongenitale (Grzibek) 247.
Hydrops, fötaler (Croizier) 210 — (Rautmann) 210.
Hydrops, allgemeiner des Neugeborenen (Lutz) 16, 235.
Hydrops, kongenitaler (Lahm) 234 — (Leendertz) 234 — (Link) 210 — (Takashima) 255 — angeborener (Wienskowitz) 148.
Hydrops, angeborener allgemeiner (Chiari) 287.
Hydrops universeller (Hellseid) 211.
Hydrops, pharmakologische Beeinflussung (Januschke) 234.
Hydrotherapie und Infektionskrankheiten (Brieger) 354.
Hydroureter (Pritchard) 248.
Hydrozephalus (v. Blomberg) 251 — (Cole) 251 — (Grimm) 252 — (Oden) 422 — (Pussep) 254 — (Ritterhaus) 254 — (Steinebach) 255.
Hydrozephalus internus (v. Bokay) 320 — (Dandy und Blackfan) 320.
Hydrozephalus, Ätiologie und Pathogenese (Amenta) 250.
Hydrozephalus mit hypophysären Symptomen (Peritz) 167.
Hydrozephalus nach intrakranieller Blutung (v. Reuss) 254.
Hydrozephalus und Syphilis (Cannata) 251 — (de Stefano) 233 — und hereditäre Syphilis (de Stefano) 470.
Hygiene, antenatale (Chalmers) 425.
Hygroma subdeltoideum (Lorenz) 58.
Hyperästhetische Zonen (Lesage) 194.
Hypercholesterinämie bei Infektion (Gorter) 335.
Hypernephrom (Fischer) 421.
Hyperpyrexie nach Hautabschürfung (Lindenberger) 258.
Hyperthyreoidismus (Lewis) 241.
Hypertonie (Heim) 213.
Hypertrophie unilaterale (Speese) 257.
Hypophysis cerebri, Tuberkulose (Heybroek) 185 — Einfluß auf die Milchsekretion (Hill und Simpson) 84 — bei experimenteller Diphtherie (Abromow) 213 — toxische Wirkung des Extraktes (Sheffield) 242 — Veränderungen durch Diphtherietoxin (Boehncke und Koch) 240.
Hypothyreose (v. Korczinski) 480.
Hypotrophie infolge Unterernährung (Variot und Grandjean) 204.
Hysterie, Phänomene (Coriat) 252.

Jahrbuch der Schulgesundheitspflege (Fürst) 188, 500.
Ichthyosis, kongenitale (Bossert) 491 — (Unger) 259.
Idiosynkrasie gegen Kuhmilch (Hertz) 357.
Idiotie, familiäre amaurotische (de Bruin) 336 — (Coriat) 487 — (Price) 254.
Idiotie, mongoloide (Cozzolino) 252 — (Dolega) 252 — (Vetlesen) 255.
Ikterus, acholurischer (Nobel) 245.
Ikterus, chronischer familiärer (Hopkins) 245 — familiärer (Eppinger) 245.
Ikterus, hämolytischer (Chauffard) 245 — (Gorter) 186 — (Nobel) 245 — (Stiénon) 246.
Ikterus, hämolytischer mit Splenomegalie (Mc Kelvy und Rosenbloom) 421.
Ikterus, kongenitaler (Sheil) 246.
Icterus neonatorum (Gerter) 245 — (Ylppö) 246 — (Zahorsky) 416.
Ikterus bei Paratyphus (Vaglio) 459.
Ikterus während der Schwangerschaft (Tylecote) 246.
Ikterus, spastische zerebrale Diplegie (Spiller) 319.
Ileokolitis (O'Leary) 243.
Ileus, spastischer (Butzner) 150 — (Fromme) 242.
Imitationskrankheiten (Strauch) 255.
Immunität (Bauer) 197.
Indikanämie (Haas) 450.
Induktionskrankheiten (Strauch) 255.
Infant pulmotor (Fry) 211.
Infantilismus (Salecker) 242 — (Zundel) 242.
Infantilismus, asthenischer (Albrecht) 240.
Infantilismus, Herterscher (Rowe) 415.
Infantilismus, renaler (Porter) 421.
Infektion, akute intestinale (Wallin) 204.
Infektion der Atmungswege (Chappell und Brown) 215 — Übertragung auf dem Luftwege (Thomson und Price) 193.
Infektion, Beeinflussung der Magensaftsekretion (Grünfelder) 208.
Infektion, Behandlung des akuten Infektionszustandes (Tobler) 19.
Infektion, enterale (Schelble) 10.
Infektion und Ernährung (Hornemann) 192 — (Thomas) 203.
Infektion, Hypercholesterinämie (Gorter) 335.
Infektionskrankheiten, Bekämpfung (Sobernheim) 225.
Infektionskrankheiten, Eiweißkörper des Blutserums (Saint-Girons) 193.
Infektionskrankheiten und Hydrotherapie (Brieger) 354.
Infektionskrankheiten und Konstitution (Czerny) 213.
Infektionskrankheiten, wachsartige Degeneration der Muskulatur (Stemmler) 193.
Infektionskrankheiten, Wirkung kolloidaler Metalle de Arric) 196.
Infektionskrankheiten, Phagozytose (Schaefer) 193.
Infektionskrankheiten, Toxizität des Blutserums (Syrensky) 193.
Infektionskrankheiten, Schulmaßnahmen (Bail und Schleißner) 271.
Infektionskrankheiten, Verhütung (Marfan) 195 — Verhütung der Verbreitung 226.
Influenza (Holt) 218 — (Hübschmann) 460.
Influenza, grippenartige Erkrankungen (Flusser) 217.
Influenza, Meningitis (Faber) 227.
Influenza, Thyreoiditis (Phélip und Trèves) 45.
Inkubationszeit (Cowie) 191 — bei Serumkrankheit (Cowie) 6.
Intellektuelle Hygiene (Nobécourt) 250.
Intelligenz, Prüfung (Bloch) 249 — (Ponzo) 250 — bei Schwachbegabten (Fuchs) 486.
Intelligenz und ihre Steigerung (Lorand) 75.
Intoleranz gegen Kuhmilch (Fischer) 83.
Intoxikation, alimentäre (Hill) 414.
Intubation (Carpenter) 416 — frühzeitige (Gearhart) 417.
Jod, Ausscheidung im Harn (Amstad) 279.
Jod, Nachweis und Bestimmung in Ölen (Fendler und Stüber) 4.
Jod, Therapie des Rachens bei Diphtherie (Schlichting) 224.

Jodophile Bazillen in den Fäzes (Strina) 210.
Jodtinktur bei ruhrartigen Erkrankungen (Adler) 459.
Isolierung von Infektionskrankheiten (Prausnitz) 160.
Jugend und Wehrkraft (Schönowsky v. Schönwies) 407.
Jugenderziehung, Gesetzentwurf (Lederer) 394
Jugendlektüre (Reich) 409.
Jugendschutz (Klein) 497.

Kachexie, Ursache und Therapie (Lowenburg) 201.
Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus (Langstein) 426.
Kakke bei Säuglingen (Takasu) 177, 203.
Kalar-Azar (Lagane) 142 — (Nicolle) 222 — (Pittaluga) 223.
Kalender für heilpädagogische Schulen und Anstalten 75.
Kaliumpermanganatprobe der Spinalflüssigkeit 434.
Kalk, Kalkmangel in der Nahrung (Emmerich und Loew) 207.
Kalk, Einfluß auf die Frauenmilch (Zuckmayer) 206.
Kalk, Gehalt der Kuhmilch (d'Alfonso) 81.
Kalk, Bedeutung fürs Wachstum (Lust) 208, 362.
Kalk, Gehalt der Knochen bei normalen und thymektomierten Albinoratten (Morgulis und Gins) 311.
Kalk, therapeutische Verwendung der Kalksalze (Göppert) 2, 196, 363.
Kalk, Dauererfolge bei Kalziumbehandlung der Spasmophilie (Rohmer) 18.
Kalkphosphorpräparate (Schloss) 450.
Kalkariurie (Kleinschmidt) 154.
Karamose (Umber) 487.
Karbolsäure, Vergiftung (Kinchloe) 425.
Kardia, Spasmus (Guisez) 243.
Kardio-tuberkulöse Zirrhose (de Stefano) 469.
Karotin in Milchfett (Palmer und Eckles) 86.
Karzinom der Leber (Castle) 245 — (Freemann) 245 — primäres der Leber (Idzumi) 48 — (Tate) 421.
Karzinom des Magens (Karl) 494.
Karzinom des Ovarium (Knott) 424.
Karzinom des Uterus (Takahashi) 249.
Kasein (van Slyke) 87.
Kasein, Bestimmung (Pfyl und Turnau) 86.
Kasein, biologische Untersuchungen (Liwschiz) 12.
Kasein und Kaseinogen (Schryver) 86.
Kasein, Mineralisation (Lindet) 205.
Kasein und Parakasein (Freid) 83 — (Liwschütz) 85.
Kasein in der Säuglingsernährung (Bowditch und Bosworth) 199 — (Bosworth, Bowditch und Ragle) 199.
Kasein, Verdauung (Finizio) 416, 448.
Kaseinkalziummilch (Beck) 82, 199, 356 — (Rost) 283.
Kaseinogen (Harden und Movallum) 84 — Bildung eines Peptons (Funk und Mc Laod) 83 — und Kasein (Geake) 83.
Katalase (Woker) 88.
Kephalhämatom (v. Reuss) 262.
Keratitis parenchymatosa syphilitica (Watanabe) 233.
Kiefer, Gymnastik (Kleinsorgen) 259.
Kinderarbeit, hausindustrielle im Kreise Sonnenberg (Bierer) 171.
Kinderklinik in Frankfurt a. M. (v. Mettenheimer, Götzky und Weihe) 188.
Kinderkrankheiten (Lereboullet und Schreiber) 125.
Kinderpflege in früheren Jahrhunderten (Dihle) 195.
Kinderschutz- und Rettungs-Gesellschaft in Wien (Billek) 404.
Kinderturnen (v. Baeyer und Winter) 188.
Kleinkinderfürsorge (Hecker) 268 — (Shaw) 270.
Klimatotherapie (Hecker) 195.
Kloakenmißbildung (Pollak) 265.
Klumpfuß, Redression (Nussbaum) 495.
Klumphand, angeborene (Mutel) 263.
Knie, kongenitale Subluxation (Mayer) 263.
Kniegelenk, Tuberkulose (Savariaud und Roederer) 229.
Knie, Tuberkulose (Sever und Fiske) 419.

Knie, Verletzung (Willmoth) 263.
Knochenbrüchigkeit (Herrman) 323 — und blaue Sklera (Carboni) 249.
Knochenmark und Anämie (Heubner) 477.
Kochsalz bei Nephritis (Lowenburg) 315.
Kohlenhydratkur bei Diabetes (Falta und Steinberg) 487.
Kohlensäure, Einfluß veränderter Nahrung auf die Kohlensäureproduktion (Frank und Niemann) 207.
Köhlersche Krankheit (Köhler) 57 — (Schulze) 57.
Kolitis durch Amöben (Greil) 314.
Kolloidale Metalle, Wirkung auf Infektionskrankheiten (de Arric) 196.
Kolon, periodische Spasmen (Hutinel) 243.
Kolostrum (Benestadt) 447 — Einfluß der Molke auf das Darmepithel (Hayashi) 8.
Komplementablenkung bei Pertussis (Friedlander und Wagner) 142.
Kondensierte Milch (Bartholow) 413 — im tropischen Klima (Beveridge) 82.
Konjunktiva, Dermoidzyste (Paderstein) 166.
Konstitution, Diagnose (Baar) 212.
Konstitution, Bedeutung konstitutioneller Momente (Bartel) 212.
Konstitution und Infektionskrankheiten (Czerny) 213.
Konstitution und Stoffwechsel (Reicher) 213.
Konstitution und Vererbung (Martius) 213.
Kontagiositätsproblem (v. Szontagh) 179.
Konvulsionen (Maurice) 253 — beim Neugeborenen (Beifeld) 422.
Konvulsion, fieberlose (Schlutz) 255.
Koplikssche Flecken als Zeichen einer Anaphylaxie gegen Hühnereiweiß (Miller) 197.
Körpergewicht (Freemann) 281 — Abnahme neugeborener Kinder (Benestad) 14.
Körpergewicht von Münchener Schulkindern (Skibinski) 198.
Körperlänge, Messungen von Schulkindern (v. Pfaundler) 73 — von Münchener Schulkindern (Riedel) 198.
Kostkinder (Baum) 331 — in Rostock (Römer) 270.
Kostkinderwesen 271 — (Blaum) 267 — (Wörner) 270.
Koxalgie, falsche (Savariaud) 264.
Koxitis, falsche (Caubet) 249.
Kränklichkeit der Kinder (Bryant) 191.
Kreatin, Bestimmung (Folin) 83.
Kreatinin, Bestimmung (Folin) 83.
Kretinismus, endemischer (Oswald) 46, 254.
Kretinismus, sporadischer (Herrman) 154.
Kretinismus und Struma (Kutschera) 46.
Krieg und Säuglingssterblichkeit (Seiffert) 427 — und Stilltätigkeit (Nassau) 426 — und Volksernährung (Gohde) 427 — (Seiffert) 426.
Kriegsfürsorgezentrale in Wien (Hornek) 409.
Kriegsnot der unehelichen Kinder (v. Lüpke) 269.
Kriegsunterstützung und uneheliche Kinder (Klumker) 269.
Kriegswochenhilfe (Baum) 425
Kriminalität und Geistesstörung (Raecke) 393.
Krippe (Brünning) 425 — (Misch) 426 — Tätigkeit der Frau (Gumpf) 425 — in der Kriegszeit 271.
Krupp, Auskultationsphänomen (Levinson) 491.
Krüppel, Fürsorge (Gottstein) 407.
Kühlung des Krankenzimmers (Heiman) 128.
Kupferjodidemethode (Cole) 83.
Kupferlezithinpräparate bei chirurgischer Tuberkulose (Oppenheim) 145.
Kyphose (Kurissis) 263.

Lab, Wirkungsbedingungen (Michaelis und Mendelsohn) 205.
Lab, Wirkung des Natronzitrates (Bosworth und van Slyke) 82.
Lab, des Rhizopus nigricans (Durandard) 83.
Laktation (Pritchard) 86, 203 — experimentelle Auslösung (Bonin und Ancel) 82.
Laktochrom (Palmer und Cooledge) 86.

Laktose, Ausscheidung (Adler) 206.
Laktose, Einfluß auf den Stoffwechsel (Talbot und Hill) 135.
Laktose, Konzentration der Frauenmilch (Palmegiani) 205.
Laktose, Einfluß des Ammonsulfates (Rosemann) 86.
Laktose, Schätzung nach Kupferjodidemethode (Cole) 83.
Laktosurie (v. Reuss und Zarfl) 209, 416.
Landeserziehungsanstalt in Teschen (Widenka) 394.
Landrysche Paralyse und Poliomyelitis (Loewy) 220.
Larosan (Föhrenbach) 200 — (Ostrowski) 86 — (Wegener) 87, 204.
Laryngoskopie (Levy) 424.
Larynx, Papillome (Halphen und Fontane) 260.
Larynx, Stenose (Siewczynski) 56 — postdiphtherische Stenose (Rohn) 289.
Larynx, Stridor (Wernstedt) 397.
Laus, Übertragung von Bakterien (Widmann) 439.
Lävulose zur Leberfunktionsprüfung 449.
Lebendgeburten in Kattowitz (Halbey) 425.
Leber, Funktionsprüfung (Schade) 449.
Leber, angeborene Läsionen (Barbier und Cléret) 198.
Leber, kongenitale Störungen bei Atrophie (Barbier und Cléret) 10.
Leber, akute Atrophie (Wegerle) 246 — akute gelbe Atrophie (Parkinson) 245 — subakute Atrophie (Dickson) 314.
Leber, mesenchymale Hämatome (v. Falkowski) 245.
Leber, Zirrhose (Ely) 245 — (Fossier) 245 — syphilitische Zirrhose (Turner) 233.
Leber, Abszeß (Schmincke) 62.
Leber, Echinokokkenzyste (Rocher) 245.
Leber, Karzinom (Castle) 245 — (Freemann) 245 — (Tate) 421 — primäres Karzinom (Idzumi) 48.
Leber, Wanderleber (Goubau) 245.
Lebertran (Frank und Schloss) 55 — (Moro) 72.
Lebertran, Einfluß aufs Wachstum (Osborne und Mendel) 209.
Lehrbuch der Diät und Diätotherapie (Ewald) 410.
Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose (Bandelier und Roepke) 411.
Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde (Misch) 170.
Lehrbuch der Hygiene (Flügge) 412.
Lehrbuch der Kinderheilkunde (Feer) 74 — (Mayer) 410 — der Kinderkrankheiten (Lehndorff) 337.
Lehrbuch der gerichtlichen Medizin (Harnack) 186.
Lehrbuch der Nasen-, Rachen- und Ohrerkrankungen (Göppert) 186.
Lehrbuch der Ösophagoskopie (Starck) 172.
Lehrbuch der allgemeinen Pathologie (Ribbert) 501.
Lehrbuch der Röntgenaufnahme und Röntgendurchleuchtung (Dessauer und Wiesener) 412.
Lehrbuch der Säuglingskunde (Engel und Baum) 410.
Lehrbuch der Tracheo-Bronchoskopie (Mann) 172, 186.
Lehrlinge, Fürsorge (Haupt) 406.
Leishmaniose (La Cava) 215 — (Gatti) 217 — (de Cristina und Caronia) 416.
Leishmaniose, Fieberkurven (Caronia) 215.
Leishmaniose, Züchtung aus dem Blute (Giugni) 217 — Nachweis der Parasiten im Blute (Vaglio) 225.
Leishmaniose, Therapie (di Cristina und Caronia) 463.
Leishmaniose, Agglutinine und Präzipitine (Caronia) 215.
Leishmaniose der Hunde in Spanien (Pittaluga) 223.
Lekutyl bei Tuberkulose (Strauß) 383.
Leukämie (Adler) 183.
Leukämie, akute (Frese) 238 — (Péhu und Chalier) 238.
Leukämie, akute lymphatische (Kassowitz) 238 — (Nobel) 238.
Leukämie, lymphatische Benzolbehandlung (Meyers) 309.
Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach (v. Boltenstern) 215 — bei Scarlatina (Isenschmid und Schemensky) 366 — bei Scharlach (Macewen) 220 — bei Scharlach und Masern (Ross) 224.

Leukozytenprobe, Untersuchung des Sedimentes (Brudny) 82.
Levinsonscher Mundspatel (v. Pirquet) 195.
Lexersche Arthrodese am Sprunggelenk (Schewandin) 57.
Lichens scrophulosorum (Balzer und Landesmann) 239 — (Tschilin-Karian) 352.
Lichtbrechung des Chlorkalziumserums (Lührig) 85.
L'hopital des enfants malades in Paris (Lereboullet) 271.
Lipasegehalt des Blutes (Zamorani) 433.
Lipodystrophia progressiva (Feer) 487.
Lipoidsubstanzen im Urinsediment (Reinike) 164.
Lipome der Fußsohle (Variot und Monod) 263.
Littlesche Krankheit (Adeline) 230 — chirurgische Therapie (Savariaud) 255.
Lobecksches Verfahren (Seiffert) 285.
Lordotische Albuminurie (Epstein) 247 — und Tuberkulose (v. Jagic) 32.
Luetinreaktion (Schippers) 306 — nach Noguchi (Blechmann und Delort) 231 — Syphilis (Wolff und Zeemann) 306.
Luftschlucken als Todesursache (Wolff) 66.
Lumbalpunktion, Apoplexie (Weinländer) 53.
Lunge, Abszeß (Pozzato) 237.
Lunge Aktinomykose (Huber und Berkowitz) 237.
Lunge, Staphylomykose (Schottmüller) 237.
Lunge, Tuberkulose (Cullen) 418 — (Rach) 229 — (Vogt) 230 — (Wilson) 419 — (Wimmenauer) 230.
Lunge, Tuberkulose, primäre Lokalisation (Leroux) 143 — Kavernen (Bergmann) 143.
Luxation des Humerus (Ebert) 261.
Luxation der Patella (Dünkeloh) 261.
Lymphangiomen, angeborenes (Indemans) 309 — (Neurath) 240.
Lymphatische Diathese und Tuberkulosebekämpfung (Bockhorn 18.
Lymphatismus (Stoerk) 213 — Zuckerstoffwechsel (Schirokaner) 14.
Lymphogranulom, malignes (Caronia) 480 — (Conradi) 478.
Lymphomatosis granulomatosa (Kusunoki) 239.

Mädchenhandel (Janisch) 403.
Madelungsche Mißbildung (Reys) 184.
Madonna, stillende (Epstein) 413.
Magen, physiologische Anatomie (Hess) 192.
Magen, pylorale Endpartie (Wernstedt) 193.
Magen, Verdauung (Finizio) 416 — Verdauungsvorgang (Luna) 201.
Magen, Sekretion und Infektion (Grünfelder) 208.
Magen, Einfluß des Zuckers auf die Sekretion (Sherman und Johnes) 210.
Magen, psychogene Sekretion (Wegener) 432.
Magen, Einfluß von Alkalien auf die Motilität (Ladd) 192.
Magen, Einfluß der Körperlage auf die Verdauung (Smith und Lewald) 275.
Magen, freie Salzsäure (Finizio) 448.
Magen, Azidität des Inhaltes (Boldyreff) 206 — (Huenekens) 84, 192.
Magen, Bildung flüchtiger Fettsäuren (Bahrdt, Edelstein, Haussen und Welde) 198.
Magen, Anpassung des Magensaftes an die Milchverdauung (Gaucher) 83.
Magen, Anpassung des Magensaftes an Labung und Verdauung der Milch (Gaucher) 192.
Magen, Verdauung von Kuhmilch und vegetabiler Milch (Fischer) 83.
Magen, Ulkus (Commandeur) 242 — (Januschke) 243 — (Mathieu) 244.
Magen, Karzinom (Karl) 494.
Magnesium, Kaseinate (van Slyke und Winter) 87.
Magnesiumsulfat bei Tetanus (Reingruber) 298 — (Straub) 435 — (Usener) 374.
Magnesiumsulfat, Ausscheidung (Courtney und Fales) 287.
Malaria (Maggiore) 463 — (Weston) 225.

Malaria, chininresistente (Kothny) 219.
Malaria, kongenitale (Bass) 214 — (Concetti) 216.
Malaria bei Neugeborenen (Manca) 221.
Malaria, Parasiten (Lalor) 197.
Malaria, Röntgenbehandlung der Milz (Pollitzer) 223.
Maltafieber (Cozzolino) 463.
Mamma, Entwicklungsgeschichte (Lustig) 192.
Mamma, angeborenes Fehlen (Méry und Parturier) 265.
Mamma, elastisches Gewebe (Liperovsky) 85, 205.
Mamma, innere Sekretion (Cavagnis) 240 — (Novak) 241.
Mandelmilch (Raudnitz) 356.
Mangangehalt der Milchsalze (Nockmann) 86.
Maßbrett (Moffett) 413.
Mastisol bei Impfung (Bittner) 59.
Maul- und Klauenseuche, Übertragung durch Milch (Schmidt) 206.
Meckelsches Divertikel, Gangrän (Monti) 244.
Mediastinaldrüsen, Tuberkulose (Hutinel) 228.
Mediastinitis fibrosa (Matko) 235.
Mediastinum, inspiratorische Verziehung (Rach) 240.
Meerwasser bei akuter Gastroenteritis (Triboulet und Godlewski) 133, 203.
Megakolon (Bensaude und Sorrel) 242 — (Porter und Weeks) 313.
Mehlnährschaden (Klose) 444.
Mekonium, Fermente (Schmidt) 210.
Mekonium, Schleimkonkretionen (v. Reuss) 209.
Mekonium, zurückgehaltenes (Potter) 416.
Melaena neonatorum (Lövegren) 15 — (Lusseau) 212 — (Morimoto) 244 — (Stamm) 212.
Melkmaschine Omega (Eichloff) 83.
Meltzersche Methode (van den Bergh und Wiersma) 175.
Meningeale Zustände (Comby) 251.
Meningitis (Du Bois und Neal) 319 — Diagnose und Behandlung (Cherry) 422.
Meningitis, akute (Pironneau) 254.
Meningitis, chronische (Jovane) 253.
Meningitis, rezidivierende (Thomas und Blackfan) 423.
Meningitis, gemischte (Dubourg) 252.
Meningitis, seröse bei tuberkulösen Kindern (Finkelstein) 144.
Meningitis, tuberkulöse (Allan) 305 — (Bacigalupo) 469 — Heilungsmöglichkeit (v. Bókay) 144 — (Chancellor) 226 — (Faber) 227 — (Nobel) 469 — (Repaci) 229 — (Sauer) 419.
Meningitis, urämische (Hutinel) 252.
Meningitis epidemica (Klinger und Fourman) 461 — (Umber) 462 — epidemische Serumbehandlung (Henningsson) 25.
Meningitis, zerebrospinale (Azéma) 214 — (Delort und Stiassnie) 216 — (Fragale) 217 — (Granier und Hovelacque) 218 — (Hallé) 218 — (Helmick) 417 — (Hoskins) 417 — (Lagane) 253 — (Lagane und Géry) 253 — (Looney) 417 — (Mallet) 221 — (Menetrier) 221 — (Pironneau) 223 — (Rutelli) 224 — (Wheeler) 418.
Meningitis, zerebrospinale durch Parameningokokken (Riser) 223 — zerebrospinale durch Meningokokken (Comby und Condat) 141 — durch Meningokokken (Heiman) 218 — (Rutelli) 462.
Meningitis durch Pfeiffersche Bazillen (Haushalter und Jacquot) 153.
Meningitis durch Pneumokokken (Eichhorst) 461 — (Huber) 218 — (Rey) 223 — (Wolff und Lehmann) 140.
Meningitis durch Streptokokken (Du Bois und Neal) 422.
Meningitis bei Diphtherie (Reiche) 223.
Meningitis nach Otitis (Imperatori) 260.
Meningoencephalitis heredosyphilitica (Neurath) 232.
Meningokokken, Meningitis (Rutelli) 462.
Meningokokken in der Spinalflüssigkeit (Obé) 434.
Merktafel über Gewicht und Länge (Wilcke) 198.
Mesbé bei chirurgischer Tuberkulose (Chlumsky) 468.

Mesenterium, Fibro-myxo-Sarkom (Chiaravalloti) 424, 494.
Mesothorium bei Taubheit (Meyes) 278.
Methylenblausilber mit Malaria (Kothny) 219.
Migräne, ophthalmoplegische (Engelhard) 325.
Mikrokolon (Porter und Weeks) 313.
Mikromelie (Lofft) 322 — (Mayerhofer) 257.
Mikrosphygmie (Grandjean) 192, 252 — (Variot und Grandjean) 255.
Mikrozephalie mit Schwachsinn (Variot und Grandjean) 255.
Milch (Beer) 82 — (Mc Crae) 83 — (Disqué) 447 — (Gary) 204 — (Giliberti) 205 — (de Gironcourt) 83 — (Guerrera) 83 — (Koning und Mooij) 84 — (North) 205 — (Plantenga und Filippo) 86 — (Richmond) 86 — (Reinhardt) 205 — (Rogers und Dahlberg) 86 — (Snell) 415 — (Walker) 87.
Milch, Frauenmilch der ersten Laktationszeit (Zuckmayer) 88.
Milch, abgerahmte Brustmilch (Neff) 130.
Milch, Veränderungen der Frauenmilch (Patein und Deval) 86.
Milch, modifizierte (Leopold) 85.
Milch, Anpassung der Kuhmilch an Frauenmilch (Müller und Schloss) 11.
Milch, homogenisierte (Ladd) 447.
Milch, Kuhmilch und vegetabile Milch (Fischer) 200.
Milch, konservierte Frauenmilch (Progulski) 86.
Milch, Konservierung (Tillmans, Splittgerber und Riffart) 206 — Konservierung von Milchproben (Tillmans, Splittgerber und Riffart) 87.
Milch, Nährwert der Rohmilch (Variot und Monod) 87, 206.
Milch, gekochte (Dennett) 282.
Milch, rohe und gekochte (Kudicke und Sachs) 205 — rohe und erhitzte (Titus) 206.
Milch, geringe Dauerhaftigkeit (Paraschtschuk) 86.
Milch, Zellgehalt (Breed) 82 — (Lewis) 85.
Milch, Keimgehalt (Löhnis) 85 — Bakterienzählung (Race) 415 — Bakteriengehalt (Rosam) 205 — (Shippen) 206.
Milch, Bakterien in erhitzter Milch (Ford und Pryor) 204.
Milch, Entkeimen (Lobeck) 205 — Entkeimungsverfahren (Seiffert) 285.
Milch, Verseuchung durch Coccidium oviforme und Bacterium coli (Türk) 359.
Milch, Verbreitung von Typhus (Fischer) 204.
Milch, Intoleranz (Gatti) 200 — Kuhmilchintoleranz (Fischer) 200.
Milch, Analyse (Meillère) 85.
Milch, Reaktion (Clark) 285.
Milch, Titration mit Alkohol (Kooper) 84 — (Löhnis) 85.
Milch, Zusammensetzung (Wiegner) 88.
Milch, Schätzung der Zusammensetzung (Bowditch und Bosworth) 82.
Milch, Verdaulichkeit (Gaucher) 83.
Milch, einheitlicher Säuregehalt für die Milchprüfung (Morres) 85.
Milch, Pigmente (Palmer und Eckles) 86.
Milch, Milchzucker, Leitfähigkeit und Gefrierpunktserniedrigung (Jackson und Rothera) 84.
Milch, Berechnung des spezifischen Gewichtes (v. Sobbe) 87.
Milch, Beziehungen zwischen spezifischem Gewicht, Fettgehalt und Trockenmasse (Fleischmann) 83, 204.
Milch, Einfluß des Fettgehaltes auf Labung (Kreidl und Lenk) 205.
Milch, vorzeitiges Gerinnen an Gewittertagen (Löhnis) 85.
Milch, Veränderungen bei 0° (Pennington, Hepburn, John, Witmer, Stafford und Burrel) 86.
Milch, Einfluß von Krankheiten der Rinder (Zaribnicky) 88.
Milch, Ernährung des Kaninchens (Mazé und Pettit) 85.
Milch, Leistungsprüfung bei Ziegen (Müller) 85.
Milch als Nahrungsmittel (Reinhardt) 286.
Milch, certified milk (Ferguson) 415.
Milch, Gewinnung (Drews) 359 — (Kooper) 205.
Milch, Versorgung (Brittlebank) 206 — (Savage) 206.

Milch, Versorgung der Städte (Erlbeck) 204.
Milch, Versorgung im Deutschen Reiche (Kühl) 360.
Milch, Versorgung norddeutscher Städte (Meinert, Thiele, Schöne, Oeser und Arnoldi) 85.
Milch, Produktion und Verwertung in Schleswig-Holstein (Georgs und Lindemann) 83.
Milch, Versorgung in Württemberg (Trüdinger) 170.
Milch, gemeinnütziger Ausschank in Sachsen (Erlbeck) 83.
Milch, Beschaffenheit der Berner Marktmilch (Thöni) 87, 206.
Milch, Kontrolle der Stadt Kristiania (Jacobsen) 84, 205.
Milch, neues Verkaufssystem (Engelhardt) 83.
Milch, Sanitätsmilch (Weiß) 206.
Milch, Prüfung auf Verfälschung (Herramhof) 84.
Milch, städtische Kontrolle (Jordan) 84.
Milch im armen Haushalte (Pisek) 269.
Milch, Bedeutung der Wiesen und Weiden (Laxa) 85.
Milch, Eiweißstoffe als Stickstoffdünger (Blanck) 82.
Milchdrüse und Mutter (Grassl) 200.
Milchpulver (Finicio) 83 — (Pritchard) 86 — (Utz) 87.
Milchsäure im Urin (Underhill und Steele) 203, 204 — keimtötende Wirkung (Heinemann) 415.
Milchwissenschaft, Sammelreferat (Grimmer) 81.
Milnesches Verfahren (Nageotte-Wilbouchewitch) 222.
Milz, Vergrößerung (Chisolm und Smith) 246 — (Weller) 246.
Milz, Pulsation bei Vitium cordis (Matko) 235.
Milz, Punktion bei Splenomegalie (Bernstein) 421.
Milz, mesenchymale Hämatome (v. Falkowski) 245.
Milz, Röntgenbehandlung bei chininresistenter Malaria (Pollitzer) 223.
Milz, chronischer Tumor (Scornet) 151.
Minderwertigkeit, Bestimmung (Großmann) 413.
Mineralsalze, Verluste in den Fäzes (Marfan, Dorlencourt und Saint-Girons) 136, 208.
Mineralsubstanzen, Bedeutung bei der Ernährung (Dorlencourt und Delort) 207.
Mineralstoff, Bedeutung bei Ernährungsstörungen (Wood) 210.
Mißbildung (Brandenberg) 264, (Unger) 266.
Mißbildung, fötale (Simon) 265.
Mißbildung infolge amniotischer Stränge (Aschheim) 264.
Mißbildung beider Hände und Füße (Bradley) 424.
Mißbildung, Defektbildung sämtlicher Extremitäten (Löhnberg und Duncker) 496.
Mißbildungen im Bereich der oberen Hohlvene (Nützel) 265.
Mitral-Insuffizienz (Westermann) 236.
Molke (Bosworth, Bowditch und Ragle) 414.
Molke, Einfluß auf das Darmepithel (Moro, Hahn und Moro, Freudenberg und Schofmann, Klocmann und Moro) 8, 9.
Molkenmodifizierte Milch (Leopold) 201.
Molkereipraxis, Sammelreferat (Grimmer) 81.
Mongolenfleck (Allaria) 257 — (Cozzolino) 258, 423, 491 — (Manca) 258.
Mongolismus und Syphilis (Stevens) 307.
Mongoloide Idiotie (Cozzolino) 252 — (Dolega) 252 — (Vetlesen) 255.
Moniliaart bei chronischer Bronchitis (Mautner) 197.
Moralpädagogik (Förster) 393.
Morbidität in verschiedenen Altersstufen (Rahts) 59.
Morbillen (Frankenstein) 217 — (Henneberg) 218 — (Herrman) 292 — (Koch) 219 — (Lichtenstein) 455 — (Stheeman) 225 — (Steinschneider) 225, 352.
Morbillen, experimentelle (Jurgelunas) 219.
Morbillen, Ätiologie (Stephani) 225.
Morbillen, Anaphylaxie (Bessau, Schwenke und Pringsheim) 292.
Morbillen, Ehrlichsche Reaktion (Rachmilewitsch) 288.
Morbillen, Frühdiagnose (Lucas) 220.
Morbillen, Leukozyteneinschlüsse (Ross) 224.
Morbillen, Immunisierung (Herman) 292, 456.

Morbillen, Immunität (Woods) 138.
Morbillen, Prophylaxe (Ruhräh) 224.
Morbillen, Latenzstadium (Löwenberg) 220.
Morbillen, Isolierung (Nageotte-Wilbouchewitch) 222.
Morbillen, Kontagiosität (Neau) 222.
Morbillen, Mittelohrkomplikationen (Cody) 216.
Morbillen, Sinusthrombose (Pizzata) 223.
Morbillen, Hautemphysem (Delcourt) 216 — (Méry und Girard) 221.
Morbillen, Epidemie (Carrieu) 215 — (Laubie) 220.
Morbillen, Epidemiologie (Perkins) 418 — in Cleveland 226.
Morbillen, Mortalität (Chauvet) 138.
Morbillen an Säuglingen (Winter) 293.
Morbillen bei Scarlatina (Bergmann) 214.
Morgagni-Adams Stokessches Syndrom (Hecht) 237.
Moro-Doganoffsche Reaktion (Blumenau) 226 .
Mund, Krankheiten (Lehmann) 260 — Schleimhauterkrankungen (Azéma) 260.
Mundträufler (Hess) 200.
Museum für Säuglingskunde (Rott) 426.
Muskeldystrophie (Gorter) 186.
Muskulatur bei Rachitis (Gutstein) 432.
Muskulatur, wachsartige Degeneration bei Infektionskrankheiten (Stemmler) 193.
Mutterschaftsversicherung 427 — (Schoenflies) 426.
Mutterschule (Pritchard) 426.
Mutterschutz (Dvořak) 403 — (Quadflieg) 426 — und Sozialversicherung (Dvořak) 267.
Myatonia congenita (Belling) 251 — (Courtney und Eaton) 252 — (Purser) 254 — (Strauch) 255.
Myelitis, diffuse akute (Netter) 253 — (Netter und Levaditi) 254.
Myelitis nach Typhus (Renaut und Lévy) 223.
Myelosarkom (Frank) 336.
Myelose, aleukämische (Häsele) 238.
Myokard, Veränderungen bei Scarlatina (Stegemann) 180, 225.
Myokarditis syphilitica (Werlich) 233.
Myokarditis bei Typhus (Chasseray) 215, 216.
Myopathie, familiäre (Bibergeil) 233.
Myopie, Entstehung (Müller) 259.
Myxidiotie (Goldstein) 241.
Myxödem (Gorter) 186 — (Schick) 255 — (Voronoff) 242.
Myxödem, kongenitales (Schemensky) 390.
Myxödem, infantiles (Lofft) 319.
Myxödem, Bedeutung der Epiphysenschatten (Goetzky und Weihe) 194.

Nabel, Hernie (Fraser) 327 (siehe Hernie).
Nabel, Koliken (Knöpfelmacher und Bien) 243, 421.
Nabel, rezidivierende Koliken (Moro) 47 — (Tobias) 313.
Nabel, Struktur des Neugeborenen (Meyer) 191.
Nabel, Verband (v. Pirquet) 195.
Nabelschnur, Dermoidzyste (Phélip und Galop) 262.
Nabelschnur, Hernie bei Neugeborenen (Schute) 212.
Nabelschnur, Versorgung (Johansson) 195.
Nabelschnur, Methode der Nichtunterbindung (Rachmanow) 195.
Nährmehl (Rabajoli) 203.
Nährwert für Kinderpräparate (Wheeler und Biester) 204.
Nahrungsbedarf (Pritchard) 284.
Nahrungsmengen, abgemessene (Emerson) 200.
Nahrungsrest, schädlicher (Uffenheimer) 64, 356.
Nase, Bakterienflora (Wössner) 261.
Nase, Beeinträchtigung der Nasenatmung (Mounier) 261.
Nase, Diphtherie (Buttermilch) 215.
Nase, Komplikationen bei Nebenhöhlenentzündungen und Scharlach (Paunz) 222.
Nase, Bedeutung des Nasenblutens (Petry) 184.
Nase, Obstruktion (Barker) 424.
Nase, Nebenhöhlenerkrankungen (Onodi) 326.
Nase, Steinbildung (Joseph) 260.
Nase, Lehrbuch (Göppert) 186.
Nasopharynx, Schleimpolyp (Abrand) 260.

Nebenagglutinine (Kutscher) 441.
Nebenhöhlen der Nase, Komplikationen bei Scarlatina (Paunz) 180.
Nebenniere bei Anenzephalie (Landau) 241 — Nebennieren bei akuten Infektionen (Puresseff) 241. — Insuffizienz bei Typhus (Chasseray) 215, 216.
Nebenniere, akute Insuffizienz (Méry und Heuyer) 241.
Nebenniere, Tumor (Beckmann) 240.
Nebenniere, Verkalkungsherde (Rolleston und Boyd) 310.
Nekrotomie (Bayer) 328.
Neosalvarsan, epifasziale Injektionen (Kern) 147 — bei Typhus (Jakob) 456.
Nephritis, akute (Frank) 445.
Nephritis, hämorrhagische (Grulee und Gaarde) 485.
Nephritis durch Streptokokken (Tompkins) 249.
Nephritis, Kochsalz (Lowenburg) 315 — Gefrierpunktserniedrigung und Kochsalzgehalt in der Lumbalflüssigkeit (Maggiore) 248.
Nephritis, Ödeme (Magnus-Alsleben) 392.
Nephritis, Therapie mit Adrenalinlösung (Fedele) 247.
Nephritis, Herzhyperthrophie (Wessler) 249.
Nephritis, Herzanomalie bei Scarlatina (Baginsky) 214.
Nephritis nach Scarlatina (Mc Crae) 216 — familiäre Disposition bei Scharlachnephritis (Bode) 24.
Nephritis und Purpura (Hutinel) 247.
Nervenkrankheiten (Priestley) 254.
Nervensystem, frühinfantile familiäre Erkrankungen (Lüttge) 253.
Nervöse Äquivalente (Wilhelm) 53.
Nervosität (Levy) 253.
Nervosität im Säuglingsalter (Fürstenheim) 422.
Nervus medianus, subakute Verletzung (Boyd) 251.
Neugeborene (Carr) 416 — Altersbestimmung (Benecke) 211.
Neugeborene, Einfluß sozialer Momente auf den Entwicklungszustand (Peller) 137.
Neugeborene Ernährung (Benestad) 15 — (Herrman) 416.
Neugeborene, Gewicht (Bondi) 211 — (Peller) 212.
Neugeborene unter 3000 g Anfangsgewicht (Bosman-de Kat Angelino und Sannes-Sannes) 211.
Neugeborene, Gewicht und Ernährung der Mutter (Bondi) 15.
Neugeborene, Zusammenhang von Länge und Gewicht (v. Pirquet) 212.
Neugeborene, Gewichtsverhältnisse in den ersten Tagen (Benestad) 211.
Neugeborene, Veränderlichkeit des Gewichtes (Niceforo) 212.
Neugeborene, Gewicht und soziale Lage (Peller) 15.
Neugeborene, Gewichtsverhalten bei Rind, Schaf, Ziege und Schwein (Brauer) 211.
Neugeborene, Mortalität (Holt und Babbitt) 288 — Sterblichkeit (Bacon) 425.
Neugeborene, Pflege (Leo-Wolf) 195.
Neugeborene, physiologische Abnahme (Benestad) 14.
Neugeborene, Störungen (La Fetra) 413.
Neugeborene, transitorisches Fieber (Péteri) 288.
Neugeborene, Vergleich des Einflusses von Vater und Mutter (Maurel) 192.
Neuritis optica (Clouting) 423.
Neurodermitis und Ekzem (Lehnert) 155.
Neurologische Fälle (Rabinowitz) 254.
Neuronophagie bei Poliomyelitis (Levaditi und Pignot) 220.
Neuropathie (Kretschmer) 253 — (Moro) 253 — Abgrenzung und Begriff (Stier) 166.
Neuropathische Kinder (Cullerre) 252 — (Stier) 486.
Neurose (Rosenbluth) 254.
Neurosen und Psychosen (Pappenheim und Groß) 52.
Neurotisches Temperament (Cauntley) 251.
Niere, Funktionsprüfung (Bosler) 246.
Niere, Krankheiten (Langstein und Benfey) 248.
Niere, Erkrankung im Kindesalter (Noeggerath und Zondek) 49, 71.

Niere, Diagnostik der Krankheiten (Janowski) 392.
Niere, Brightsche Krankheit (Volhard) 392.
Niere, genuine Schrumpfniere (Buchwald) 246.
Niere, Tuberkulose (Morelle) 228.
Niere, Mißbildung (Motzfeld) 48.
Niere, Anomalie (Oehlecker) 248.
Niere, kongenitaler Defekt (Oehler) 248.
Niere, kongenitale Dystopie (Ritscher) 248.
Niere, embryonales Adenosarkom (Glusmann) 247.
Niere, embryonale Geschwülste (Junkel) 248.
Niere, Epitheliom (Muller und Savy) 248.
Niere, primäres Rundzellensarkom (Schwers und Wagner) 249.
Niere, Zystenniere (Zarfl) 249.
Ninhydrinreaktion (Nobel)469.
Nitrate in der Milch (Fritzmann) 83.
Noma nach Infektionskrankheiten (Montefusco) 222.
Noma des Ohres (van Caneghem) 260.
Noma der Wange (Eschbach) 217.

Oberkiefer, Osteomyelitis (Broca) 261.
Obstipation, konstitutionelle (Dorlencourt und Edelmann) 200.
Odda (Gast) 130, 200.
Ödem bei Gastroenteritis (Sinclair und Speed) 415.
Ödem bei Nephritis (Magnus-Alsleben) 392.
Ödem und Osmose (Waterman) 236.
Ödem, lymphangiektatisches (Erlanger) 239, 351.
Ödem, familiäres trophisches (Boks) 233.
Ödem, Quinckesches (Neuda) 235.
Ohr, Lehrbuch (Göppert) 186.
Ohr, Erkrankungen im Schulalter (Sheppard) 261.
Ohr, Noma (van Caneghem) 260.
Ohrmuschel, kongenitale Geschwülste (Joseph) 260.
Ohr, Statistik der Krankheiten (Wolfrom) 261.
Okulomotorius, Lähmung (Uhthoff) 260 — rekurrierende Lähmung (Fleming) 259.
Ophthalmia neonatorum (Morax) 259 — (Neuffer) 423 — (Tassius) 324 — Blindheit (Tivnen) 423 — Therapie mit Silbersalzen und Vakzine (Klebanski) 259 — Vakzinetherapie (Cassoute und Roche) 259.
Ophthalmoplegische Migräne (Engelhard) 325.
Opium-Bromtherapie bei Epilepsie (Kellner) 436.
Optikus, Atrophie bei Syphilis (Igersheimer) 470.
Optochin bei Pneumokokkenmeningitis (Wolff und Lehmann) 140 — bei Pneumonie (Mendel) 473.
Orbita, traumatische Geburtsläsionen (Hintzy) 211.
Orbita, Exophthalmus bei Tumoren (Jantzen) 259.
Orchidopexie (Cazaux) 247 — (Rocher) 248.
Orthopädie und Pädiatrie (Lange) 162.
Orthostatische Albuminurie (Gasbarrini) 247 — und Tuberkulose (Arnold) 246 — (Jagic) 32.
Orypan (Stirnimann) 449.
Osmose und Ödem (Waterman) 236.
Osmotischer Druck des Blutes (Bernhard) 199.
Os naviculare pedis (Köhler) 57 — (Schulze) 57.
Ösophagoskopie, Lehrbuch (Starck) 172.
Ösophagus, Atresie (Jackson) 421.
Ösophagus, Dilatation (Guisez) 243.
Ösophagus, Fistel (Hirsch) 265.
Ösophagus, Fremdkörper (Coates) 242 — (Greene und Garland) 262 — (Guisez) 262.
Ösophagus, spastische Stenose (Larouière) 243 — Stenose bei Typhus (Grant) 417.
Ösophagus, Striktur (Lederman) 421.
Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique (Schick) 257.
Osteochondritis deformans (Brandes) 395 — (Wilkie) 257.
Osteogenesis imperfecta (Dietrich) 488 — (Hart) 257.
Osteogenesis imperfecta, Stoffwechsel (Schabad) 209.
Osteomalazie (Mauclaire) 257.
Osteomyelitis (Ayrolles) 261 — (Klemm) 51.
Osteomyelitis, akute hämatogene (Dumont) 51.

Osteomyelitis des Oberkiefers (Broca) 261.
Osteomyelitis, Röntgenbilder (Philbert) 232 — Röntgenuntersuchung (Broca und Philbert) 261.
Osteopsathyrosis idiopathische (Ewald) 256 — idiopathica (Hart) 257.
Osteopsathyrosis kongenitale (van Neck) 257.
Osteosynthese nach Lambotte (Machard) 327.
Ostitis fibrosa cystica (Klar) 60, 160 — (Schmincke) 62.
Otitis, akute (Woodside) 424.
Otitis media (Miller) 260 — (Scherer und Kutvirt) 492 — Behandlung (Charlton) 424.
Otitis, Meningitis (Imperatori) 260.
Otitis, Scharlachrot (Egger) 260.
Ovarien, Kystome (Zellweger) 249.
Ovarien, stielgedrehte Zysten (Potvin) 248.
Ovarien, Veränderungen bei Infektionskrankheiten (Sessa) 249.
Ovarium, Karzinom (Knott) 424.
Oxydationsfermente (Woker) 88.
Oxydationsvorgänge (Wieland) 88.
Oxyurien (Rheindorf) 244.
Oxyuren und Appendizitis (Aschoff) 150.
Ozaena (Pasquier) 261.

Papaverin (Popper) 4, 196 — bei Pylorospasmus (Knöpfelmacher) 243 — bei ruhrartigen Erkrankungen (Adler) 459 — Therapie bei Pertussis (Beer) 214.
Papillitis nervi optici bei Syphilis (Beck und Mohr) 230.
Papillome des Larynx (Halphen und Fontane) 260.
Paradimethylamidobenzaldehydreaktion (Rachmilewitsch) 288.
Paraffin, flüssiges (Hill) 279.
Paralyse (Andrews) 251 — (Gött) 69.
Paralyse, Erbsche (Colemann) 422.
Paralyse, juvenile progressive (Schick) 255.
Paralyse, postdiphtherische (Barton) 214 — (Berghinz) 214 — (Hahn) 218.
Paralyse, postdiphtherische Spätlähmungen der äußeren Augenmuskeln (Jannot) 259.
Paralyse des Fazialis (Synnott) 423.
Paralyse des Okulomotorius (Uhthoff) 260 — rekurrierende des Okulomotorius (Fleming) 259.
Paralyse der Bauchmuskeln bei Diabetes (Salomon) 256.
Paralyse, Geburtslähmung (Gordon) 422.
Paralyse bei Keuchhusten (Sörensen) 461.
Paralyse, Diagnose (Moren) 422.
Paralysis agitans (Duschak) 252.
Parameningokokken, Meningitis zerebrospinale (Riser) 223.
Paraparese, spastische, Foersterstersche Operationen (Hevesi und Benedek) 252.
Paraplegie, spastische bei Syphilis (Deléarde und Cantrainne) 231.
Parathyreoidea (Thimm) 432.
Paratyphus (Blühdorn) 215 — B. (Sironi) 225.
Paratyphus mit Ikterus (Vaglio) 418, 459.
Paratyphus in München (Breuning) 27, 215.
Paratyphus, Peritonitis (Petraschewskaja) 222.
Paratyphus im Säuglingsalter (Blühdorn) 27.
Paratyphus, Tierblutkohle (Como) 434.
Parendomyces pulmonalis Plaut (Mautner) 197.
Parese (Laffer) 253.
Parotis, Streptokokken (Ball) 260.
Parotitis (Handrick) 45 — epidemica (Missimilly) 221 — Taubheit (Weinstein) 418.
Parotitis epidemica, Zerebrospinalflüssigkeit (Feiling) 297.
Parotitis, interstitielle (Gordon) 297.
Paroxydase der Frauenmilch (Marfan und Lagane) 85.
Pasteurisierung (Bowen) 82 — (Bulmer) 415 — (Ford und Pryor) 204 — der Milch (Ford und Pryor) 83.
Patella, Luxation (Dünkeloh) 261 — (Waas) 264.
Pavor nocturnus (Hamburger) 250 — (Williams) 318.
Pectoralis, Defekt (Friedrich) 264 — (Tedeschi) 266 — ange-

borenes Fehlen (Gardiner) 424 — angeborener Defekt (Méry und Parturier) 265 — angeborenes Fehlen (Savariaud und Roederer) 265.
Pellagra (Greil) 423 — (Knowles) 322 — (Sambon) 256.
Pellidolsalbe bei Ekzemen (Rominger) 56, 352.
Pemphigus, Diplococcus lanceolatus in Pemphigusblasen (Busson, Kirschbaum und Staniek) 5, 215.
Pemphigus foliaceus (Henkin) 416.
Pemphigus neonatorum (Cole und Ruh) 140 — (Reinhardt) 223, 352.
Pemphigus vulgaris (Magyar) 221.
Peptonmilch, Verdauung und Ausnützung (Mitschnik) 205.
Perikard, Defekt (Plaut) 235.
Perikard, Diagnose der Ergüsse (Marfan) 41.
Perikard, Punktion (Guinon und Malarte) 234.
Perikard, epigastrische Punktion (Marfan) 41.
Perikarditis (Blechmann) 233 — (Guinon und Malarte) 234.
Periodisches Erbrechen mit Azetonämie (Hilliger) 9.
Peritonitis, akute generalisierte (Phélip und Tartois) 244.
Peritonitis, paratyphöse (Petraschewskaja) 222.
Peritonitis und Pneumokokken (Segagni) 225.
Peritonitis durch Streptokokken (Schwers) 27, 224.
Peritonitis, tuberkulöse (Marfan) 144.
Peritonitis, Diagnose (Drachter) 242.
Peroxydase (Woker) 88.
Pertussis (Czerny) 297 — (Friedlander und Wagner) 142 — (Gerstley) 217 — (Luttinger) 417 — (Morse) 222 — (Popper) 28, 375 — (Riha) 418 — (Rusca) 224 — (Visanska) 225.
Pertussis bei Neugeborenen (Gatti) 217.
Pertussis, Ätiologie (Williams) 225.
Pertussis, Wesen und Infektionsverhältnisse (Feer) 29, 217, 374.
Pertussis, Diagnose (Friedländer und Wagner) 217.
Pertussis, Bazillus (Jakobsen und Meyer) 437.
Pertussis, allergische Reaktion mit Endotoxin (Neurath) 375.
Pertussis, Blutuntersuchungen (Schneider) 224.
Pertussis, Serumreaktion (Renaux) 223.
Pertussis, Komplementbindung (Winholt) 297.
Pertussis, kutane Tuberkulinreaktion (Cozzolino) 194.
Pertussis, Schwinden der Tuberkulinreaktion (Popper) 223.
Pertussis, Neuritis optica (Clouting) 423.
Pertussis, Paralyse (Sörensen) 461.
Pertussis, Konvulsionen (Fischer) 417.
Pertussis, Epidemie (Carrieu) 215.
Pertussis, Epidemiologie (King) 219 — (Perkins) 418 — in Cleveland 226.
Pertussis, Therapie (Finke) 217 — (Graham) 141, 218 — (Meyers) 221.
Pertussis, Vakzinetherapie (Hartshorn und Moeller) 141, 218 — (Hess) 141 — (Kelsall) 219.
Pertussis, medikamentöse Behandlung (Müller) 297.
Pertussis, Behandlung mit Hydrochininum hydrochloricum (Löhr) 376.
Pertussis, Papaverintherapie (Beer) 214.
Pertussis, geheilt durch Laparotomie (Rusca) 28.
Pertussis, klinische und soziale Beziehungen (Morse) 142.
Pertussis, Mortalität in Toulouse (Roca) 224.
Pfeiffersche Bazillen, Meningitis (Haushalter und Jacquot) 153.
Pflege, hygienische (Rawls) 413.
Pflege im zweiten Lebensjahre (Freeman) 413.
Pflegekinder in Österreich (Hecke) 401.
Phagozytose bei akuten Infektionskrankheiten (Schaefer) 193.
Pharynx nach Adenoidenoperation (Warner) 310.
Pharynx, Dermoidpolyp (Pouget) 261.
Pharynx, Fremdkörper (Baldenweck) 260 — Lehrbuch (Göppert) 186.
Pharynx, Tumoren (Jeanneret) 262.

Phenol, Injektion bei Tetanus (Rochrich) 224.
Phimose, Behandlung (Rominger) 57.
Phokomelie (Thomas) 266.
Phosphate, Ausscheidung (Knox jun., Mason und Tracy) 84, 208.
Phosphor, Bedeutung für das Wachstum (Masslow) 208.
Phosphor, Knochensystem bei phosphorarmer Ernährung (Masslow) 208.
Phosphorlebertran (Frank und Schloss) 55 — tödliche Vergiftung (Magnus) 266.
Phosphorsäure, Einfluß auf die Frauenmilch (Zuckmayer) 206.
Photographische Abbildungen kranker Kinder (Ssokolow) 191.
Phrenikotomie, doppelseitige bei Tetanus (Jehn) 372.
Physiologie der ersten zwei Lebensjahre (Devraigne) 191.
Pigmente des Milchfettes (Palmer und Eckles) 86.
Pikkolo (Colbert) 405.
Pituitrin, mit Adrenalin kombinierte Behandlung (Rohmer) 4.
Plattfuß, Behandlung des spastischen (Fischer und Baron) 495.
Plaut-Vincentsche Angina (Reiche) 369, 491.
Plazenta, Miliartuberkulose (Warthin) 230.
Plethysmographische Untersuchungen (Hess und Gordin) 192 — (Simons) 193.
Pleura, offene Punktion (Schmidt) 472 — (Stepp) 472.
Pleura, Verwachsung (Bataille) 236.
Pleurale Ergüsse, Radiologie (Rach) 237.
Pleuritis (Berthomieu) 236.
Pleuritis, chylöse (Chevrel) 236.
Pleuritis, eitrige tuberkulöse (Hamid el Chafei) 228.
Pleuritis, tuberkulöse (Hutinel) 228.
Pneumonie (Algèr) 236 — (Cole und Dochez) 236 — (Epstein) 420 — (Hochhaus) 473 — (Müller) 260 — (Wiegand) 237 — (Wynkoop) 238.
Pneumonie, akute primäre diphtherische (David) 43.
Pneumonie, chronische nichttuberkulöse (Nobel) 237.
Pneumonie, kruppöse (Fleischner) 307 — (Riva-Rocci) 237.
Pneumonie bei Scarlatina (Orlisse) 237.
Pneumonie, Therapie (Stepp) 237.
Pneumonie, Therapie der akuten (Baginsky) 473.
Pneumonie, Therapie der kruppösen (Kaufmann) 473.
Pneumonie, Optochintherapie (Mendel) 473.
Pneumonie, Chinin bei Bronchopneumonie (Roedel) 474.
Pneumokokken, Angina (Leschke) 370.
Pneumokokken, Meningitis (Rey) 223 — (Wolff und Lehmann) 140 — eitrige Meningitis (Eichhorst) 461.
Pneumokokken, Peritonitis (Segagni) 225.
Pneumokokken, Empyem (Fouzin) 42.
Pneumokokken, extrapulmonale Lokalisation (Maccone) 220.
Pneumoperikard (Cowan, Harrington und Riddell) 236.
Pneumothorax, künstlicher (Nobel) 228.
Poliklinik, Organisation (Smith) 271.
Poliomyelitis (Bychowski) 215 — (Canat) 251 — (Cassel) 215 — (Eastman) 216 — (Fraser) 217 — (Frissell) 417 — (Howard) 417 — (Jansen) 186 — (Johnson) 218 — (Müller) 222 — (Netter und Levaditi) 254 — (Regnard und Mouzon) 222 — (Shy) 418 — (Washburne) 418.
Poliomyelitis, Ätiologie (Lust und Rosenberg) 220.
Poliomyelitis, Infektionsmodus (Flexner) 417.
Poliomyelitis, Virus (Clark, Fraser und Amoss) 216 — (Levaditi) 197.
Poliomyelitis, Eindringen des Virus in die Zerebrospinalflüssigkeit (Flexner und Amoss) 217.
Poliomyelitis, Verteilung und Erhaltung des Virus (Flexner und Amoss) 355.
Poliomyelitis, Überleben und Virulenz des Keimes (Flexner, Noguchi, Amoss) 280.
Poliomyelitis, Erkrankungen von Hunden (Pierson) 223.
Poliomyelitis, experimentelle Studien (Dubois, Neal und Zingher) 216 — experimentelle Arbeiten (Thomsen) 225.

Poliomyelitis, Lokalisation des Virus und Pathogenese (Flexner und Amoss) 296.
Poliomyelitis, Pathologie (Whitman) 418.
Pankreas, Übergang des Sekretes vom Fötus auf die Mutter (Lafon) 246.
Poliomyelitis, ungewöhnliche Manifestationen (Batten) 214, 295.
Poliomyelitis, meningeales Syndrom (Joltrain und Rouffiac) 219.
Poliomyelitis, meningitischer Typhus (Hitchoock) 417.
Poliomyelitis, choreiforme Erscheinungen (Netter und Ribadeau-Dumas) 25, 222.
Poliomyelitis, Landrysche Paralyse (Loewy) 220.
Poliomyelitis, partielle Lähmung der Bauchmuskeln (Smith) 225.
Poliomyelitis, Neurologie (Moleen) 417.
Poliomyelitis, Keimträger (Kling und Petterson) 219.
Poliomyelitis, sporadische Fälle (v. Korczinski) 24, 219.
Poliomyelitis, Epidemie (Amesse) 416 — (Jubb) 294 — (Roth) 294.
Poliomyelitis, Epidemiologie (Deussen) 216 — und Pathologie (Flexner) 217.
Poliomyelitis, Anstaltsendemie (Kern) 25, 219.
Poliomyelitis, Klinik und Frühbehandlung (Gengenbach) 417.
Poliomyelitis, Therapie (Hull) 218 — Behandlung (Lovett) 417 — Therapie und Vorbeugung der Deformitäten (Jones) 219.
Poliomyelitis, Mechanotherapie (Cyriax) 295.
Poliomyelitis, Chirurgie (Leo) 220 — chirurgische Behandlung (Magruder) 221 — (Moore) 222 — chirurgische Therapie (Young) 225.
Poliomyelitis in Bayern (Uffenheimer) 141 — in Kattowitz (Halbey) 462.
Poliomyelitis bei Erwachsenen in Stockholm und Gotenburg (Kling) 24.
Poliomyelitis in Lindaas (Aaser) 213 — in Polen (de Biehler) 214 — in der Schweiz (Golodetz) 218 — in Steiermark (Fürntratt) 217 — in West-Kirby (Jubb) 219.
Pollakiurie (Galli) 207.
Polyarthritis, chronische (Jones) 422.
Polyneuritis, postdiphtherische (Dreyfus und Schürer) 23, 369.
Polyserositis (Schmincke) 62.
Porenzephalie (Salzmann) 255.
Pouponnière in Frankreich (Raimondi) 270.
Preußische Landeskonferenz für Säuglingsschutz 189.
Priapismus, kongenitaler familiärer infolge Syphilis (Duprat) 231.
Prostata, Zystenbildung (Scheide) 248.
Pseudo-Hämophilie (Triboulet, Weil und Paraf) 238.
Pseudokrupp, Auskultationsphänomen (Levinson) 491 — bei Bronchopneumonie (Sumer) 307.
Pseudomeningitis bei tuberkulösen Kindern (Brockmann) 305.
Pseudotetanus (Higier) 252 — (Hirsch) 394 — (Nobel) 254.
Psoriasis (Davis) 323 — Wesen und Behandlung (Spiethoff) 396.
Psychiatrische Vorträge (Anton) 74.
Psychoanalyse (Stern) 250 — Gefahren 393.
Psychoneurose (Rosenbluth) 254.
Psychopathie, konstitutionelle (Hassall) 250.
Psychopathisches Kind (Farnell) 249 — Kinder, Heilerziehungsheime (Ziehen) 250.
Psychopathische Konstitutionen (Ziehen) 250.
Psychose (Drysdale) 252.
Psychotherapie (Gött) 53, 249. — (Hamburger) 250, 486.
Pulmonalatresie und Aortenstenose (Häberle) 234.
Puls, dynamische Untersuchungen (Hotz) 275.
Purin, Stoffwechsel (Lindemann) 208.
Purpura (Pernet) 323 — (Triboulet, Weil und Paraf) 238.
Purpura, Blutuntersuchung (Howell) 44.
Purpura und Nephritis (Hutinel) 247.
Purpura infolge Sepsis (Brodribb) 258.
Purpura, Henochsche (Barling) 258.
Purpura, infektiöse (Potter) 456.

Purpura, rheumatische (Windmüller) 239.
Pyämie nach Scharlach (Rossiwall) 224.
Pyelitis (Cheinisse) 247 — (Laben) 421 — (Langstein) 50 — (Smith) 249 — (Wood) 315 — (Wymann) 249.
Pyelozystitis (Kowitz) 50, 248 — (Miller) 260 — Ätiologie und Diagnose (Stiner) 50.
Pylorospasmus (Hess) 243 — (Lichtenstein) 243 — (Ruhräh) 244 — (Scheltema) 186, 244.
Pylorospasmus, Papaverin (Knöpfelmacher) 243.
Pylorus (Wernstedt) 193 — Stenose (Grotti) 420 — (Dunn und Howell) 484 — (Forcart) 484 — (Fröhlich) 312 — (Hougardy) 243 — (Lewis und Grulee) 312 — (Lichtenberg) 311 — (Reuben) 421 — (Scudder) 244 — angeborene Stenose (Hertz) 390.
Pylorus, Tumor (Scudder) 312.
Pylorus, Ulkus (Phélip und Tartois) 244.
Pyodermie (Ribadeau-Dumas und Philippe) 156.
Pyopneumothorax (Schmincke) 62.
Pyridinanämie (Corica) 420, 478.
Pyurie (Elterich) 247.

Quarckfettmilch (Aschenheim) 130, 198.

Rachitis (Variot) 257.
Rachitis, Dialysierverfahren Abderhaldens (Beumer) 193.
Rachitis, Einfluß endokriner Drüsen (Bieling) 163, 240.
Rachitis und innere Sekretion (Rominger) 257.
Rachitis, Muskulatur (Gutstein) 432.
Rachitis, Stoffwechsel (Grosser) 207, 360.
Rachitis und Thymus (Hart) 149 — (Klose) 241.
Rachitis durch Thyreoidektomie der Eltern (Claude und Rouillard) 256.
Rachitis, Pathologie und Prophylaxe (Winter) 257.
Rachitis, rezidivierende mit Tuberkulose und Infantilismus (Zundel) 257.
Rachitis und Atrophie (Prunier) 203.
Rachitis und Spasmophilie (Aschenheim) 55.
Rachitis, Therapie (Frank und Schloss) 55, — (Salge) 257 — mit Nebennierenpräparaten (Leuwer) 257.
Rachizentese (Merle) 194.
Radius, kongenitaler Defekt (Roederer und Bouvaist) 265.
Raphe penis, kongenitale Gänge und Zysten (Gutmann) 247.
Raynaudsche Krankheit (Bien) 258 — (Glaser) 40 — (Lederer) 319 — (Tridon) 259.
Raynaudsche Krankheit und Syphilis (Glaser) 385 — oder hämorrhagische Syphilis (Glaser) 231.
Reduktase der Kuhmilch (Bertin-Sans und Gaujoux) 82, 204.
Reduktaseprobe (Dons) 83.
Reflex, Physiologie der Sehnenreflexe (Vas) 126.
Refraktometrie (Arnold) 81 — des Milchserums (Windisch) 88.
Regio sacralis, Tumor (Voron und Loaec) 263.
Reichsanstalt für Mütter- und Säuglingsfürsorge in Wien 270 — (Moll) 403.
Rektum, Polyp (Neuhof) 422.
Rektum, Prolaps (Rudier) 244 — (Tölken) 494.
Rektum, Schleimpfropf (Lorenzini) 211.
Rektum, Zyste und Polyp (de la Villéon) 245.
Respiration, künstliche (Weinländer) 2.
Respirationsapparat (Murlin) 286.
Respirationsorgane, Krankheiten (Heryng) 237.
Retina, Gliom (Schmincke) 61.
Retinitis albuminurica (Buchwald) 246.
Retropharyngealabszeß (Fedde) 424.
Rheumatismus (Brennemann) 215 — (Carrison) 416.
Rheumatismus, akuter (Bendix) 461 — (Rosenow) 224 — (Thalacker) 225.
Rheumatismus, chronischer (Pollitzer) 370 — (Westmeyer) 317.
Rheumatismus, Salizylsäure (Zadek) 436.
Rheumatismus, Anwendung von Bienenstich und Bienengift (Langer) 278.

Rhinitis luetica (Koch) 146.
Riesenwuchs (Müller) 257 — angeborener partieller (Schmitt) 257 — halbseitiger (Dietlein) 256.
Riesenwuchs mit Atrophie der Geschlechtsorgane (Brind) 240.
Rippe, angeborener Defekt (Götzky und Weihe) 264.
Röntgenaufnahme, Kompendium (Dessauer und Wiesener) 412.
Röntgenbehandlung tuberkulöser Lymphdrüsen (Kühlmann) 381.
Röntgenbilder bei Syphilis (Philbert) 232.
Röntgendiagnose (Sedgwick) 195 — (La Fetra) 194.
Röntgenstrahlen, grundlegende Abhandlungen (Röntgen) 502.
Röntgentherapie bei Tuberkulose (Dodd) 227 — bei vergrößerter Thymus (Lange) 241.
Röntgentiefentherapie (Oehler) 381.
Röntgenuntersuchung des Oberkiefers (Broca und Philbert) 261.
Röntgenuntersuchung bei Spätsyphilis (Valtancoli) 233.
Röntgenuntersuchungen der Lungentuberkulose (Wimmenauer) 230.
Rosenbachsches Tuberkulin (Beck) 236 — (Kovacs) 228.
Rosolsäure, Alkoholprobe (Bahr) 81.
Rostocker Kinderklinik (Brüning und Leebler) 404.
Rubeola (Hess) 24, 138, 218 — Sasto) 352 — Wiener Epidemie Spieler) 352, 418.
Ruhr, Therapie mit Papaverin und Jodtinktur (Adler) 459.
Rumination (Bartlett) 198 — (Lehnerdt) 358 — (Schippers) 203 — (Wanietschek) 445.
Rumpel-Leedesches Phänomen bei Scarlatina (Richardson) 223.

Saccharose, Einfluß der Hitze (Lavialle) 85, 205.
Salizylsäure, Ausscheidung salizylsauren Natrons (Gaulier) 207 — bei Gelenkrheumatismus (Zadek) 436.
Salvarsan (le Bourtillier) 419.
Salvarsan, Einfluß auf den Fötus (Hedén) 196.
Salvarsan bei Scarlatina (Akssjonow) 213 — bei Scharlach (Glaser) 367 — (Jochmann) 218 — (Lenzmann) 367.
Salvarsannatrium (Dreyfuss) 436 — (Wechselmann) 436.
Salzsäure, Bindungsvermögen von Frauen- und Kuhmilch (Aron) 81.
Salzsäure im Mageninhalt (Finizio) 416, 448.
Sammelreferat über die dermatologische Literatur (Leiner) 343.
Sammelreferat über Milchwissenschaft und Molkereipraxis (Grimmer) 81.
Sarkom, glioblastisches des Kleinhirns (Borzekowska-Lewin) 251 — (Schmincke) 61.
Sarkom der Niere (Schwers und Wagner) 249.
Sarkom des Schulterblattes (Cour) 261.
Sarkomatose (Hallé und Français) 262.
Saugen, Physiologie (Barth) 198.
Sauger (Pinard) 195.
Saugflasche (Moffett) 415.
Säugling (Craige) 414 — weniger schematische Therapie (Stolte) 176.
Säuglingspflege (Kockerols) 500 — (Riether) 500 — (Theodor) 500 — (Woerner) 500.
Säuglingspflege im Lehrplan der Mädchenschulen (v. Holwede) 427.
Säuglingspflegerin, Beruf (Langstein und Rott) 500.
Säureintoxikation (Abt) 266.
Scarlatina (Leibine-Scheivach) 220 — (Naoumoff) 222.
Scarlatina in hohem Lebensalter (Ker) 219.
Scarlatina, abortive (Levi) 19, 220.
Scarlatina, sekundäre Fälle (Knause) 455.
Scarlatina, Wiederholung (Clément, Rouèche und Sorel) 216.
Scarlatina, Rezidive (Jacobson) 218.
Scarlatina, Heimkehrfälle (Day) 216 — (Knöpfelmacher und Hahn) 219 — (Young) 418.
Scarlatina, Ätiologie (Schleißner) 454.
Scarlatina, Infektiosität (Ostheimer) 418.

Scarlatina, Übertragung auf Affen (Krumwiede, Nicoll und Pratt) 23, 137, 220.
Scarlatina, Blutserum immuner Individuen (Barker) 214.
Scarlatina, Antikörper im Blutserum (Caronia) 215.
Scarlatina, Abderhaldensches Dialysierverfahren (Schultz und Grote) 224.
Scarlatina, Leukozyteneinschlüsse (v. Boltenstern) 215 — (Isenschmid und Schemensky) 366 — (Ross) 224.
Scarlatina, Bedeutung der Spindelbazillen (Klimenko) 219.
Scarlatina, anaërobische Kulturen (Dick und Henry) 216.
Scarlatina, Ehrlichsche Reaktion (Rachmilewitsch) 288.
Scarlatina, Rumpel-Leedesches Phänomen (Richardson) 223.
Scarlatina, Abblassungserscheinungen des Exanthems (Kirsch) 219.
Scarlatina, Urobilinausscheidung (Gromski) 207.
Scarlatina, Abdominalschmerzen (Mey) 221.
Scarlatina, Rhythmus des Herzens (Monier-Vinard und Meaux-Saint-Marc) 221 — Veränderungen des Myokards und der Herzganglien (Stegemann) 180, 225.
Scarlatina, Einfluß auf die Wassermannsche Reaktion (Jakobovics) 352.
Scarlatina und Erythema nodosum (Eichhorst) 217, 366.
Scarlatina, Appendizitis (Seitz) 225.
Scarlatina, Pneumonie (Orlisse) 237.
Scarlatina, Pyämie (Rossiwall) 224.
Scarlatina, nephritische Herzanomalien (Baginsky) 214 — familiäre Disposition bei Nephritis (Bode) 24.
Scarlatina, Komplikationen der Nebenhöhlenentzündungen der Nase (Paunz) 180. 222.
Scarlatina, Nachkrankheiten (Mössmer) 222.
Scarlatina, Auftreten von Morbillen (Bergmann) 214.
Scarlatina, Epidemie (Alabrese) 213 — Entstehung von Epidemien (Voretzsch) 225 — Epidemie in Warschau (Nisenson) 222.
Scarlatina, Epidemiologie (Perkins) 418 — Epidemiologie in Cleveland 226.
Scarlatina, Therapie (Becker) 214 — (Koch) 454 — (Preisich) 223.
Scarlatina, Serotherapie (Moog) 222 — (Prinzing) 223 — Serumtherapie (Reiss und Hertz) 454.
Scarlatina, Antistreptokokkenserum (Brudzinski) 215.
Scarlatina, Mosersches Serum (Axenow) 292.
Scarlatina, Rekonvaleszentenserum (Koch) 137, 219.
Scarlatina, Therapie mit Rekonvaleszentenserum und Normalserum (Rowe) 224.
Scarlatina, Therapie mit Humanserum und Serumlipoide (Schultz) 224.
Scarlatina, Transfusion (Zingher) 277.
Scarlatina, Salvarsan (Glaser) 367 — (Lenzmann) 367 — Salvarsantherapie (Akssjonow) 213 — (Jochmann) 218 — (Lenzmann) 220 — (Poensgen) 223.
Scarlatina, Isolierung (Nageotte-Wilbouchewitch) 222 — (Robertson) 224.
Scarlatina, Einfluß der Sommerferien auf die Sterblichkeit (Bernhard) 452.
Scarlatina, Beziehungen zur sozialen Lage (Benda 368.)
Schädel, Asymmetrie (Kaznelson) 211.
Schädel, Deformität mit Augensymptomen (Larsen) 259.
Schädel bei engem Becken (Walcher jun.) 212.
Schädel, Fraktur (Officer) 262 — Fraktur bei Neugeborenen (Chevalier) 211.
Schädel, Impression (Gfroerer) 211.
Schafsmilch, Zusammensetzung (Biro) 82.
Schardingersche Reaktion (Wedemann) 12 — bei Ziegenmilch (Wedemann) 87.
Scharlachrot bei Otitis (Egger) 260.
Scheintot Neugeborener, Herzmassage (La Rue) 212 — Therapie (Sakaki) 212.
Schenkelhals, Fraktur (Marix) 262.
Schicksche Reaktion (Bundesen) 290 — (Kolmer und Moshage)

291 — (Park und Zingher) 452 — (Park, Zingher und Serota) 126, 194.
Schicksche Reaktion bei Diphtherie (Graef und Ginsberg) 419 (Moody) 418 — (Moody und Woodruff) 417.
Schlafstörungen (Hamburger) 318.
Schlattersche Krankheit (Schulze) 57.
Schockgift (Mautner und Pick) 440.
Schreibfehler (Wirtz) 250.
Schriftstörung bei Chorea (Lomer) 395.
Schröpfkopf, Färbung (Ortitz) 194.
Schrunden der Brustwarze (Neubauer) 202.
Schrunden, Therapie mit Hämostyl (Chevrier) 261.
Schulanfänger (Thiele) 428.
Schulangst (Krassmöller) 272.
Schularzt (Boutin) 271 — (Dreyfuß) 271 — (Funkhouser) 427 — — (Kloberg) 272 — (Mazoyer) 272 (Montague) 272 — (Torbett) 273 — (Wile) 428 — (Winslow) 273 — (Wynkoop) 428.
Schularzt bei der Berufsberatung (Zucker) 273.
Schularzt in Fortbildungschulen (Gettkant) 272 — (Gottstein) 272 — (Schlesinger) 273.
Schularzt in Landschulen (Flannagan) 427.
Schularzt an höheren Lehranstalten (Barth) 271 — (Dörnberger) 75, 271 — (Stelzner) 273.
Schularzt in Berlin-Schöneberg (Gettkant und Helbich) 272, 427 — in Connecticut (Barnes) 427 — in Italien (Cacace) 271 — in Württemberg (v. Scheurlen) 273.
Schulbank (Müller) 272 — (Oebbecke) 273.
Schule (Knox) 427.
Schule, Programm (Maurenbrecher) 409.
Schule, Entwicklung von Lernanfängern (Steinhaus) 428.
Schule, Entwicklung zurückgestellter Kinder (Hepner) 427.
Schule, Bedeutung der körperlichen Störungen für die Leistung (Peters) 273.
Schule und Auge (Krusius) 272.
Schule, nervöse Erkrankungen der Elementarschüler (Priestley) 318.
Schule und Sexualität (Lissmann) 75.
Schule, Diphtheriebekämpfung (Gettkant) 272 — (Gottstein) 272.
Schule und Skoliose (Mayer) 272.
Schule und Kinderschutz (Bowman) 427.
Schule, Hygiene der Mittelschüler (Grassmann) 75 — Hygieneunterricht in den Fortbildungsschulen (Kloss) 272.
Schule, Organisation der Zahnpflege (Wimmenauer) 273.
Schule und Leibesübungen (Uhl) 75.
Schule, Kinderspeisung 75.
Schule und militärische Jugendvorbereitung (Kemsies) 272.
Schule, Verkauf von Nahrungs- und Genußmitteln (Gohde) 272.
Schule, gewerbehygienische Belehrungen (Lorentz) 272.
Schule, Anfangsunterricht in Antiqua oder Fraktur (Cords) 271 — (Schmidt) 273.
Schule, Grundrißgestaltung (Selter) 273 — (Uhlig) 273.
Schule, Subsellien (Rostowzeff) 428.
Schule, Bekämpfung des Straßenstaubes (Am Ende) 271.
Schule, Ziele und Erfolge der Münchener Schulkommission 75.
Schülerverbindungen und Schülerwohnungen (Nassauer) 75.
Schulhygiene (Goble) 271 — (Grant) 272 — (Burgerstein) 271 — in Bozen (Frank) 272 — in England (Crowley) 271.
Schulhygiene in der Kriegszeit (Baginsky) 427 — und Krieg (Moses) 272.
Schulkinder, Bedeutung der Hautkrankheiten (Heller) 272.
Schulkinder, Defekte und Krankheiten (Ennett) 272.
Schulkinder, Ernährungszustand (Bartsch) 271 — und Konstitution (Dreyfuß) 427.
Schulkinder, Fürsorge der Stadt Berlin für schwerhörige und taube (Brühl) 271.
Schulkinder, nervöse Alltagserscheinungen (Zappert) 273.
Schulkinder, Untersuchung im Kreise Westerburg (Neumann) 272.

Schulstrafen (Mosapp) 272 — (Moses) 272.
Schulzimmer, Staubentwicklung (Crampton) 271.
Schulterblatt, Sarkom (Cour) 261.
Schultergelenk, Arthritis (Buchwald) 261.
Schulter, Hochstand (Gourdon) 249.
Schuppenflechte, Wesen und Behandlung (Spiethoff) 396.
Schwachbegabte in Fürsorgeerziehungsanstalten (Stiehler) 270.
Schwaches Kind (Sperk) 17, 213.
Schwachsinn (v. Hovorka) 422.
Schwachsinn, graphologische Kennzeichen (Lomer) 253.
Schwachsinn und Hemiplegie (Variot und Chatelin) 255.
Schwachsinn, Pflege schwachsinniger Kinder (Kendall) 195.
Schwachsinn und Syphilis (v. Mettenheimer-Götzky) 70.
Schwefel, Bedeutung des Neutralschwefels (Eisner) 207
Schwefel Stoffwechsel (Peiser) 286.
Sehfunktion, Einfluß auf die Entwicklung (Font-Rèault) 197.
Sehnenreflexe, Physiologie (Vas) 126.
Sehnervenentzündung bei Syphilis (Igersheimer) 470.
Sehprüfung mittels des diagnostischen Blickweisers (Wolffberg) 424.
Sehschärfe, Prüfung nach Snellen (Wolffberg) 424.
Selbstmorde (Eulenburg) 52 — kindliche (Redlich und Lazar) 52.
Sepsis vom Munde ausgehend (Bradburn) 260.
Serologie, Grundriß (Ascoli) 501.
Serumantianaphylaxie (Bessau) 281.
Serumexanthem (Reiche) 439 — (Zoé) 225.
Serumkrankheiten (Méry) 129 — Inkubationszeit (Cowie) 6, 191.
Serumreaktion, intrakutane (Michiels) 129.
Sichlersches Alkohol-Sinazidverfahren (Blanck) 82.
Sinusthrombose (Heiman und Ballin) 326 — nach Masern (Pizzata) 223.
Situs inversus partialis, Duodenalstenose (Melchior) 150, 244.
Situs inversus totalis (Brix) 264.
Situs viscerum inversus (Gusinde) 265 — (Hertz) 265.
Skapula, angeborener Hochstand (Hirsch) 265 — Hochstand (Lamy) 263 — (Nageotte-Wilbouchewitch) 263 — kongenitaler Hochstand (Sailer) 264.
Skapulartic (Nageotte-Wilbouchewitch) 253.
Sklera, blaue (Herrman) 323.
Sklerem, Behandlung (Wolff) 66.
Sklerodermie (Egert) 258 — (Mayerhofer) 324.
Sklerose, multiple (Stamm) 487.
Skoliose (Guillaume-Louis) 263.
Skoliose, angeborene (Le Breton) 424 — (Thomas) 424.
Skoliose durch Abszeßbildung des fünften Lumbalwirbels (Nageotte-Wilbouchewitch) 263.
Skoliose infolge Mißbildung des fünften Lendenwirbels (Nageotte-Wilbouchewitch) 265.
Skoliose, Ursache und Behandlung (Adams) 424.
Skoliose, Liegendtragen der Kinder (Engelmann) 58, 263.
Skoliose, Behandlung (Schanz) 398.
Skoliose, Abbottsche Methode (Broca und Houdré) 263 — (Calvé) 263 — (Cramer) 495 — (Roederer) 264.
Skoliose und Schule (Mayer) 272.
Skoliose, Klinik in Boston (Sever) 264.
Skorbut, infantiler (Wernstedt) 54.
Skrofulose, Blutuntersuchung (Trumpy) 33.
Skrofulose, Lichtscheu (Silfverskiöld) 396.
Skrofulose, Bekämpfung (Abramowski) 226.
Skrofulose, Therapie (Engel) 227.
Skrophuloderma (Bähr) 351.
Sommerdiarrhöe (Day und Gerstley) 285 — (Epstein) 11 — (Steinhardt) 203.
Sommersterblichkeit (Kleinschmidt) 446 — in Kristiania (Nicolaysen) 10, 334.
Sophol, Prophylaxe (Anlauff) 259.
Spasmophilie (Freudenberg und Klocmann) 18, 213 — (Haverschmidt) 336 — (Leo-Wolf) 213 — (Reye) 213 — (Rosenstern) 213.

Spasmophilie, Dauererfolge bei Kalziumbehandlung (Rohmer) 18.
Spasmophilie, elektrokardiographische Untersuchungen (Morgenstern) 213.
Spasmophilie und Epilepsie (Curschmann) 252 — (Peritz) 254.
Spasmophilie und Rachitis (Aschenheim) 55.
Spasmophile Diathese, diätetische Behandlung (Wernstedt) 365.
Spasmophile Dyspepsie (Takasu) 177, 203.
Speicheldrüsen, angeborene Vergrößerung (Indemans) 309.
Spielalter, Hygiene (Forsyth) 413.
Spina bifida (Ligabue) 265 — (Pollak) 265 — (Stoney) 266 — (Tutyschkin) 266.
Spina bifida, Einfluß auf den Genitalprolaps (Lewis) 265.
Spina bifida, Therapie (Hennemann) 469.
Spina bifida occulta (Nageotte-Wilbouchewitch) 156, 265 — sacralis, Mißgestaltung (Chiari) 264.
Spinalflüssigkeit, Kaliumpermanganatprobe (Lackner und Levinson) 434.
Spinalflüssigkeit, Meningokokken (Obé) 434.
Spiroskop (Lange) 194.
Spitzendämpfung (Mielke) 127.
Splenektomie (Fowler) 246 — (Herrman, Roth und Bernstein) 246.
Splenomegalie (Langmead) 246 (Reuben) 315 — bei Anämie (Krumbhaar) 478 — bei hämolytischem Ikterus (Mc Kelvy und Rosenbloom) 421.
Splenomegalie, Milzpunktion (Bernstein) 421.
Spondylitis tuberkulosa, Albeesche Operation (Vogel) 494.
Sport (Huther) 250.
Sprache, Vorlesungen der Sprachstörungen (Liebmann) 74.
Sprache, Sonderelementarklassen für sprachkranke Kinder (Rothe) 75.
Sprengels Krankheit (Sailer) 264.
Staphylomykose der Luftwege und Lunge (Schottmüller) 237.
Star, angeborener (Clark) 423 — (Posey) 423.
Stärke bei der Verdauung (Southworth) 203.
Status hypoplasticus, Veränderungen am weiblichen Genitale (Herrmann) 247.
Status lymphaticus (Brown) 416 — (Emrys-Roberts) 213 — (Hopkinson) 416 — (M'Neil) 213 — und Anaphylaxie (M'Neil) 178.
Status thymo-lymphaticus (Schridde) 365.
Sterblichkeit (Baum) 267 — (Brown und Campbell) 267 — (Strassmann) 266.
Sterblichkeit und Geburtenrückgang (Feer) 60, 268.
Sterblichkeit im ersten Lebensmonat (Wallisch) 212.
Sterblichkeit der Säuglinge nach der Stocklage (Schrader) 159.
Sterblichkeit durch Verbrennung (Brend) 334.
Sterblichkeit in Aachen (Elfert) 267 — in Altbayern (Roetzer) 189 — im Großherzogtum Baden (Behrens) 402 — in Leipzig (Breyer) 199 — in Österreich (Moll) 269 — in Paris (Juillerat und Fillassier) 268 — auf den Philippinen (Musgrave) 269 — in rheinhessischen Landgemeinden (Bieling und Bieling) 267 — in Riga (v. Schrenck) 60 — in San Franzisko (Holsclav und Rude) 334 — in der Schweiz (Eisenstaedt) 425 — in Tübingen (Wolf) 271 — in Uruguay (Bauza) 267.
Sterblichkeit und Geburtenhäufigkeit in Barmen (Hoffa) 426.
Sterilisierapparat (Deutsch) 402.
Sterilisierung der Milch (Hope) 205.
Sternum, partieller Defekt (Bien) 264.
Stilldauer (Baum) 267.
Stillen (Banholzer) 198 — (van der Begert) 414 — (Deresse) 199 — (Myers) 202 — (v. Torday) 203.
Stillen der Arbeiterinnen (Amidieu) 267.
Stillen, Bedeutung für die stillende Mutter (Neter) 202 — an einer Brust (Bocage) 199.
Stillen in der Großstadt (Bremme) 158.
Stillen und Tuberkulose (Maggiore) 228.

Stillen, Ursache der Unfähigkeit (Cameron) 282 — zunehmende Unfähigkeit der Frauen zu stillen (v. Bunge) 74.
Stillfähigkeit, Einfluß des Einkommens (Pooler) 269.
Stillprämie (Oppenheimer) 426 — (Rott) 331.
Stillsche Krankheit (Manning und Fassett) 249.
Stillstuben in österreichischen Fabriken (Moll) 402.
Stillzimmer (Lesage) 269.
Stimmbildung (Koporny) 413.
Stimmorgan der Volksschulkinder (Weinberg) 355.
Stottern (Fröschels) 198 — (Kenyon) 198.
Stottern, psychologischer Ursprung (Aronsohn) 52.
Stoffwechsel, Kraftbedarf des Säuglings (Heubner) 208 — Energiebedarf des Säuglings (Samelson) 209 — Gasstoffwechsel Benedict und Talbot) 13, 135 — Kraftstoffwechsel (Murlin und Hoobler) 208.
Stoffwechsel der Purinkörper (Lindemann) 208.
Stoffwechsel bei Ammenmilch und Eiweißmilch (Peiser) 286.
Stoffwechsel bei Ernährung mit Odda (Gast) 130.
Stoffwechsel bei Hunger (Murschhauser) 209 — im Hunger (Schlossmann) 210.
Stoffwechsel bei Atrophie (Bahrdt und Edelstein) 206.
Stoffwechsel bei exsudativer Diathese (Niemann) 411.
Stoffwechsel bei Osteogenesis imperfecta (Schabad) 209.
Stoffwechsel bei Rachitis (Grosser) 207, 360.
Stoffwechsel in der Gravidität (Landsberg) 208.
Strabismus, Frühbehandlung (Fringer) 423.
Streptokokken bei Milch-Tonsillitisepidemien (Smith und Brown) 285.
Streptokokken, Nephritis (Tompkins) 249.
Streptokokken, Parotitis (Ball) 260.
Streptokokken, Peritonitis (Schwers) 27.
Striae distensae nach schwerer Sepsis (Freund) 258.
Stridor (Rach) 237 — laryngealer (Wernstedt) 397.
Struma, kongenitale (Meisel) 241.
Struma und Kretinismus (Kutschera) 46.
Struma und Schilddrüsenstörungen (Pfeiffenberger) 46.
Suggestion und Erziehung (Hirschloff) 52.
Suggestionsfähigkeit anormaler Kinder (Sertoli) 250.
Suggestive Therapie (Howell) 195.
Suprarenin bei akuten Darmerkrankungen (Strassburger) 460.
Syphilis (Boas) 231 — (Hollopeter) 419 — (Much) 383.
Syphilis, kongenitale (Soldin und Lesser) 470 — hereditäre (Jeans und Butler) 419.
Syphilis und Raynaudsche Krankheit (Giroux) 231 — hämorrhagische oder Raynaudsche Krankheit (Glaser) 40, 231, 385.
Syphilis, familiäre (Boas und Rönne) 231.
Syphilis congenita tarda (Bering) 231.
Syphilis hereditaria tarda (Pentagna) 419, 471.
Syphilis tarda, Röntgenuntersuchung (Valtancoli) 233.
Syphilis hereditaria tarda, Diagnose und Behandlung (Veeder und Jeans) 146.
Syphilis, erworbene (Tochtermann) 233.
Syphilis in dritter Generation (Nonne) 232.
Syphilis materne und fötale (Trinchese) 470.
Syphilis, paterne Vererbung (Bruck) 231.
Syphilis, latente (v. Mettenheimer) 232.
Syphilis, Frühdiagnose (Wolf) 419.
Syphilis, klinische Diagnostik und Theorie (Friedjung) 39, 384.
Syphilis und Serodiagnostik (Ledermann) 232.
Syphilis, Treponema pallidum im Blut (Clark und Gates) 419.
Syphilis, Wassermannsche Reaktion bei Neugeborenen (Lesser und Klages) 40.
Syphilis, Luetinreaktion (Schippers) 306 — (Wolff und Zeemann) 306.
Syphilis, Insuffizienz der endokrinen Drüsen (Vaglio) 242, 482.
Syphilis, Glykosurie (Day) 231.

Syphilis, Cholesteringehalt des Blutserums (Cannata) 419, 470.
Syphilis, Übertragung (Rietschel) 233.
Syphilis, Leberzirrhose (Turner) 233.
Syphilis, kongenitale der Knochen (Kuth) 307.
Syphilis und Bronchiektasie (Milhit) 232.
Syphilis, Defekt des Septum nasi (Buchwald) 231.
Syphilis, Rhinitis luetica (Koch) 146.
Syphilis, kongenitaler familiärer Priapismus (Duprat) 231.
Syphilis, Papillitis nervi optici (Beek und Mohr) 230 — Sehnervenentzündung (Igersheimer) 470.
Syphilis des Nervensystems (Spiecker) 39.
Syphilis, Gehirnleiden (Babonneix) 230.
Syphilis, zerebrale Erkrankung (Knoepfelmacher) 232.
Syphilis, angeborene geistige Defekte (Gordon) 307.
Syphilis, allgemeine Paralyse (Huguet) 232.
Syphilis mit Hemiparese (Buchwald) 231.
Syphilis, Hemiplegie (Babonneix und Tixier) 251.
Syphilis, spastische Paraplegie (Deléarde und Cantrainne) 231.
Syphilis und Schwachsinn (v. Mettenheimer-Götzky) 70.
Syphilis und Mongolismus (Stevens) 307.
Syphilis und Hydrozephalus (Cannata) 251 — (de Stefano) 233, 470.
Syphilis, plötzlicher Tod während der Röntgenuntersuchung (Chatelin) 231.
Syphilis, Pathologie und Therapie (Rietschel) 233.
Syphilis, Therapie (Welde) 146.
Syphilis, Kombination von Quecksilber und Salvarsan (Hoffmann) 231.
Syphilis, Salvarsanbehandlung (Galliot) 40.
Syphilis, Injektionen in Jugular- und epikranielle Venen (Blechmann) 231.
Syringomyelie (Cramer) 252.

Tabes (Barkan) 422 — juvenile (Riggs) 254.
Tachykardie, paroxysmale (Hutchison und Parkinson) 234.
Taenia saginata (Grimm) 48.
Taubheit, Behandlung mit Mesothorium (Meyes) 278 — Erziehung des tauben Kindes (Bourton) 250.
Taubheit infolge Parotitis epidemica (Weinstein) 418.
Temperatur (Whipham) 193 — bei Neugeborenen (Schütt) 212.
Tendovaginitis bei Syphilis heredit. praecox (Brot) 231.
Tentorium, Zerreißungen (Pott) 212.
Teratom, intraperitoneales (Winkler) 263.
Terminologie (Oberndörfer) 190.
Tetanie (Mc Callum und Vogel) 212 — (Cyclinare) 212 — (Higier) 252 — Dialysierverfahren Abderhaldens (Beumer) 193.
Tetanus (Kreuter) 371 — (Scheltema) 224 — (Schulze) 224.
Tetanus, Therapie (Hochhaus) 372 — (Müller) 373 — (Straub) 435.
Tetanus, Magnesiumsulfattherapie (Usener) 374.
Tetanus, Injektionen von Magnesium sulfuricum (Reingruber) 298.
Tetanus, Phenolinjektion (Rochrich) 224.
Tetanus, Antitoxinüberschwemmungs- und Narkosetherapie (Dreyfus und Unger) 374.
Tetanus, Serumbehandlung (Kreuter) 373.
Tetanus, intraspinale Einführung des Heilserums (Park und Nicoll) 139.
Tetanus, doppelseitige Phrenikotomie (Jehn) 372.
Tetanus neonatorum (Falk) 168.
Thalassotherapie (Häberlin) 195.
Theazylon bei chronischen Herz- und Nierenkrankheiten (Hoffmann) 437.
Therapie an den Berliner Universitätskliniken (Croner) 501.
Therapie, medikamentöse (Klotz) 277.
Thorax, Defekt (Hirsch) 265.
Thorax, Messungen (Courtade) 191.
Thorax, graphische Darstellung der Bewegungen (Fauth) 433.
Thorax, respiratorische Deformitäten (Peltesohn) 264.

Thorax, Schallabschwächungen (Maggiore) 420, 472.
Thorax, Untersuchungen (Smith und Sweet) 237.
Thrombose, fötale (Link) 210.
Thrombose, Blutuntersuchung (Howell) 44.
Thymektomie (Fischer) 56 — (Morgulis und Gins) 311.
Thymus (Lerch) 241 — (Oliari) 241.
Thymus, experimentelle Untersuchungen (Fiore und Franchetti) 241.
Thymus, Extraktwirkung (Fischl) 4.
Thymus, Abbau bei Abderhaldens Dialysierverfahren (Beumer)353.
Thymus, Exstirpation (Pappenheimer) 310.
Thymus, Involution (Rovere) 241.
Thymus, latente Hyperplasie (Siegert) 71, 481.
Thymus, Hypertrophie (Le Boutillier) 310.
Thymus, Röntgentherapie bei Vergrößerung (Lange) 241.
Thymus, klinische Bedeutung (v. Haberer) 241.
Thymus und Basedowsche Krankheit (Matti) 241 — (Stoerk) 242.
Thymus und Rachitis (Hart) 149 — (Klose) 241.
Thyreoplasie (Schemensky) 390.
Thyreoidea, Störungen und Kropf (Pfeiffenberger) 46.
Thyreoidea, Störungen bei Schulkindern (Pfeiffenberger) 241.
Thyreoidea, kongenitale Zyste (Clark und Farmer) 240.
Thyreoidektomie der Eltern und Rachitis (Claude und Rouillard) 256.
Thyreoiditis durch Influenza (Phélip und Trèves) 45.
Tibia, angeborener Defekt (Dunajewsky) 264.
Tibia, hereditär-luetische Erkrankung (Méry und Heuyer) 232.
Tick, skapulärer (Lamy) 263 — (Nageotte-Wilbouchewitch) 253, 263.
Tierblutkohle (Como) 434.
Tierkohle, therapeutische Verwendung (Starkenstein) 358.
Tonische Krämpfe (Higier) 252.
Tonsillitis, Epidemien durch Milch (Smith und Brown) 285.
Tonsille, physiologische Bedeutung (Henke) 192.
Tonsille, Hyperplasie (Toeplitz) 240.
Tonsille, akute Hypertrophie (Moure) 240.
Tonsille und Allgemeininfektion (Tedesko) 240.
Tonsille, Therapie (Johnson) 183.
Tonsille, operative Therapie (Steuart) 240.
Tonsille, operative Resultate (Cocks) 239 — (Weinberg) 240.
Tonsille, Entfernung (Mc Curry) 239.
Tonsillektomie (Tenzer) 44, 240.
Torticollis, kongenitaler (v. Aberler) 263 — (Rocher) 265 — (Woodward) 266.
Torticollis, kongenitaler ossärer (Thomas) 266.
Totgeborene Kinder (Goldmann) 211.
Trachea, Stenosis thymica (Fischer) 56.
Trachealdrüse, Durchbruch (Caronia) 239.
Tracheobronchialdrüsen, Dorsalperkussion (Da Costa) 239.
Tracheobronchialdrüsen, Hochsingersches Zeichen (Corica) 239.
Tracheobronchialdrüsen, Röntgenaufnahme (Albert-Weil) 239 — Röntgenuntersuchung (D'Oelsnitz und Paschetta) 149.
Tracheobronchialdrüsen, thorakaler Kollateralkreislauf (Maggiore) 240.
Tracheobronchialdrüsen, Erkrankungen (Pradal) 240.
Tracheobronchialdrüsen, Tuberkulose (Dubourg) 227 — Durchbruch tuberkulöser (Paunz) 145.
Tracheobronchoskopie, Lehrbuch (Mann) 172, 186.
Tracheotomie (Baggerd) 398.
Transfusion bei Scarlatina (Zingher) 277.
Treponema pallidum im Blut bei Syphilis (Clark und Gates) 419.
Trichophytie, lichenoide (Herxheimer und Köster) 352.
Trichotillomania (Martin) 422.
Trikalkolkaseinmilch (Benjamin) 443.
Trikalkolmilch (Weih) 7, 88.
Trikalziumphosphat als Knochenbildner (Schloss und Frank) 13, 209.

Trikuspidalis, Insuffizienz (Matko) 235.
Trinker, Fürsorge (Neumann) 406.
Trockenmilch (Finizio) 200 — (Naish) 205 — (Pouliot) 202 — (Pritchard) 203 — (Utz) 206.
Truncus arteriosus communis, persistierender (v. Bókay) 147 — (Wirth) 236.
Trypanosomen, Einwirkung von mütterlichem und fötalem Menschenserum 126.
Trypsin, Resistenz gegen Hitze (Edie) 83.
Tuberkel des Bodens des vierten Ventrikels (Renault und Thiers) 229.
Tuberkelbazillen im strömenden Blut (Haas) 227 — (Mayer) 228 — im Blut (Krabbel) 34.
Tuberkulide, experimentelle (Lewandowsky) 352 — kleinpapulöse der Haut (Feer) 352.
Tuberkulin, Diagnostik (Strikker) 195.
Tuberkulin, Überempfindlichkeit und Unempfindlichkeit (Bessau) 299.
Tuberkulin, Moro-Doganoffsche Reaktion (Blumenau) 226 — und Hautveränderungen (Tschilin-Karian) 352.
Tuberkulin, Einreibung (Kutschera und v. Aichbergen) 36.
Tuberkulin, lokale Applikation (Egerl) 35.
Tuberkulin Herdreaktion (Keppler und Erkes) 380 — in der Lunge (Litzner) 467.
Tuberkulin, kutane Reaktion (Colliver) 299 — (Fraser) 299 — (Frazer) 419 — (Moltrecht) 194 — (Peiper) 194 — (Rogers jun.) 299 — (Salvetti) 194, 464.
Tuberkulin, kutane Reaktion mit humanem und bovinem Tuberkulin (de Lange) 181.
Tuberkulin, kutane Reaktion beim Brustkind (Palmer) 299.
Tuberkulin, kutane Reaktion bei unexponierten Kindern (Fishberg) 299.
Tuberkulin, kutane Reaktion bei chirurgischer Tuberkulose (Robertson) 194.
Tuberkulin, kutane Reaktion bei Pertussis (Cozzolino) 194.
Tuberkulin, Reaktion (Luithlen) 34 — während Pertussis (Popper) 223.
Tuberkulin, Reaktion, Beeinflussung durch Serum (Sorgo) 35.
Tuberkulin, Reaktionsfähigkeit tuberkulöser Hautstellen (Koch und Schiller) 194, 352.
Tuberkulin, Therapie (Bessau) 466 — (Koch) 467 — Behandlung der Tuberkulose (Jeanneret) 499.
Tuberkulin, Zervikaladenitis (Hawes) 419.
Tuberkulin, Rosenbachsches (Beck) 226 — (Kovacs) 228.
Tuberkulomuzin (Götzl) 36.
Tuberkulose (Andvord) 226 — (Cruchet) 227 — (Hamburger) 227 — (Müller) 228 — (Neff) 419 — (Schmincke) 63 — (Smith) 230 — (Solis-Cohen) 230 — (Vulpius) 468.
Tuberkulose, akute allgemeine (Péhu und Mouret) 229.
Tuberkulose, subakute (Ribadeau-Dumas und Rolland) 229.
Tuberkulose, intrauterine miliare (Rollet) 31.
Tuberkulose, miliare der Plazenta (Warthin) 230.
Tuberkulose, kongenitale (Möller) 31.
Tuberkulose bei Neugeborenen (Grulee und Harms) 302.
Tuberkulose des Säuglings (Berghinz) 226 — (Frankenau) 227.
Tuberkulose, latente (Kleinschmidt) 30, 228.
Tuberkulose, sekundäre (Liebermeister) 378.
Tuberkulose, spezifische Resistenz (v. Ruck und Achard) 229.
Tuberkulose und Stillen (Maggiore) 228.
Tuberkulose, Übertragung (Park) 464.
Tuberkulose, Infektion (Scheltema) 229.
Tuberkulose, Infektion und Reinfektion (Hamburger) 466.
Tuberkulose Infektionsgefahr der ersten Lebensjahre (Hess) 302.
Tuberkulose, Kinder aus tuberkulösen und nicht tuberkulösen Familien (Dethlof) 301.
Tuberkulose, mixes viruses (de Besche) 34.
Tuberkulose, bovine (Calmette) 226 — (Cleave) 226.

Tuberkulose, gleichzeitige Infektion mit humaner und boviner (de Besche) 418.
Tuberkulose, Anaphylaxie (Maggiore) 228 — und Antianaphylaxie (di Cristina und Caronia) 226, 227.
Tuberkulose, Blutuntersuchungen (Trumpy) 33, 230.
Tuberkulose, Eiweißgehalt des Blutes (Nast) 192.
Tuberkulose, pathologische Anatomie (Ghon und Roman) 301.
Tuberkulose, Tierversuch durch Milzimpfung (Damask und Schweinburg) 465.
Tuberkulose, Diagnose (Hawes) 228 — (Landis und Kaufmann) 228 — (v. Pirquet) 419 — (Ranke) 380.
Tuberkulose, Diagnose der Initialformen (Gade) 302.
Tuberkulose, Diagnose und Therapie (Bailey) 226.
Tuberkulose, Diagnose und Therapie frühtuberkulöser Krankheitszustände (Hufnagel) 228.
Tuberkulose, frühzeitige Erkennung (v. Pirquet) 229.
Tuberkulose, Meerschweinchenversuch (Nobécourt) 194.
Tuberkulose, Frühstadium (Koch) 228.
Tuberkulose, Formen (Kirmisson) 228 — Initialformen (Cade) 227.
Tuberkulose, Röntgenbilder (Philbert) 232.
Tuberkulose, intestinale Infektion (Thrash) 230.
Tuberkulose, klinische Erscheinungen (Wollstein und Bartlett) 303.
Tuberkulose, disseminierte der Haut (Bruusgaard) 226.
Tuberkulose, kleinpapulöse Hauttuberkulide (Feer) 303.
Tuberkulose, hämorrhagische Diathese (Faschingbauer) 352.
Tuberkulose der Lunge (Cullen) 418 — (Rach) 229 — (Vogt) 230 — (Wilson) 419 — (Wimmenauer) 230.
Tuberkulose, Entstehung der Lungenphthise (Bacmeister) 226.
Tuberkulose, Häufigkeit der Spitzentuberkulose (Sluka) 32, 230.
Tuberkulose der Hilusdrüsen (Segard) 229.
Tuberkulose der Lunge, Kavernen (Bergmann) 143 — Kavernenbildung (Ribadeau-Dumas) 229.
Tuberkulose, primärer Lungenherd (Leroux) 143.
Tuberkulose, chirurgische (Müller) 468 — (Trèves) 32 — (Tubby) 305.
Tuberkulose multiple Knochenherde (Simmons) 229.
Tuberkulose der Drüsen (Wallin) 230.
Tuberkulose, Bedeutung der Lymphknotentuberkulose (Ghon) 32, 227.
Tuberkulose der Bronchialdrüsen (Engel) 227 — (Finkelstein) 227 — (Gölz) 378 — (Spéder und Dubourg) 230.
Tuberkulose der Tracheobronchialdrüsen (Dubourg) 227.
Tuberkulose, Durchbruch einer Drüse in die Trachea (Herzog) 304.
Tuberkulose der Mediastinaldrüsen (Hutinel) 228.
Tuberkulose der Zervikaldrüsen (Balzer und Landesmann) 239 — (Chadwick) 418 — (Richards) 305.
Tuberkulose des Knies (Sever und Fiske) 419 — (Savariaud und Roederer) 229.
Tuberkulose, Hüft- und Kniegelenkserkrankungen (Löffler) 468.
Tuberkulose der Wirbelsäule, Knochenplastik (Ombrédanne) 157.
Tuberkulose des Unterkiefers (Perrot) 229.
Tuberkulose, Nabelfistel (Kirmisson) 228.
Tuberkulose der Nebenniere (Méry und Heuyer) 241.
Tuberkulose der Niere (Morelle) 228.
Tuberkulose und orthotische Albuminurie (Arnold) 246 — orthostatisch-lordotische Albuminurie (v. Jagic) 32.
Tuberkulose, kardio-tuberkulöse Zirrhose (de Stefano) 419, 469.
Tuberkulose, Dextrokardie und Infantilismus auf tuberkulöser Grundlage (Variot und Chatelin) 230.
Tuberkulose, Duodenalstenose (Fischer) 227.

Tuberkulose der Hypophysis cerebri (Heybroek) 185.
Tuberkulose, seröse Meningitis (Finkelstein) 144 — Pseudomeningitis (Brockmann) 305.
Tuberkulose, Ernährung (Hornemann und Thomas) 228.
Tuberkulose, perkutane Immunisierung (Petruschky) 465.
Tuberkulose, Behandlung und Prophylaxe (Müller) 380.
Tuberkulose, Chemotherapie (Pohl) 37.
Tuberkulose, Behandlung an der See (Treplin) 230, 382.
Tuberkulose, Heliotherapie (van Dorp) 182 — (Leriche) 37.
Tuberkulose, Einwirkung der Sonnenstrahlen auf tuberkulöse Fisteln (Kisch und Grätz) 37.
Tuberkulose, Behandlung mit künstlichem Licht (Breiger) 383.
Tuberkulose, Röntgentherapie (Dodd) 227 — Röntgenbehandlung (Kühlmann) 381 — Röntgentherapie der Lymphdrüsentuberkulose (Philipowicz) 36.
Tuberkulose, Röntgentiefentherapie (Oehler) 381.
Tuberkulose, Behandlung mit Lekutyl (Strauß) 383.
Tuberkulose, Behandlung der Knochen und Gelenktuberkulose (Garré) 37.
Tuberkulose, Friedmannsches Heilmittel (Drachter) 38, 161. (Hummel) 160 — (Lust) 70 — (Scholz) 383 — Friedmannsches Mittel (Kahn und Zeemann) 38.
Tuberkulose, therapeutische Erfolge (Bähr) 351.
Tuberkulose, Bekämpfung (Abramowski) 226 — (Karfunkle) 228 — (Cleave) 418 — (Langstein) 419 — (Effler) 227 — (Gastpar) 227 — (Vollmer) 230 — (White) 230.
Tuberkulose, Bekämpfung und exsudativ-lymphatische Diathese (Bockhorn) 18.
Tuberkulose, Schutz gegen Infektion (Riviere) 229.
Tuberkulose in der Schule (Arluck) 226.
Tuberkulose, Kinderheilstätten und Seehospize (Vollmer) 230.
Tuberkulose, Berufsschulen für gefährdete Kinder (Franz) 227.
Tuberkulose, ländliche Kolonien und Berufsleben (v. Rosen) 229.
Tuberkulose bei Volksschulkindern in Kristiania (Fröhlich) 33, 379.
Tuberkulose und Milch (Heymans) 228 — (v. Ostertag) 205.
Tuberkulose, Milch tuberkulöser Frauen (Auché) 204.
Tuberkulose der Milch in Edinburg (Mitchel) 85.
Tuberkulose, Mesbé bei chirurgischer Tuberkulose (Chlumsky) 468.
Tuberkulose, Kupferlezithinpräparate (Oppenheim) 145.
Tuberkulose, Mortalitätstatistik (Behla) 226.
Tuberkulose, Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie (Bandelier und Roepke) 411.
Tuberculosis verrucosa cutis (Bourgeois) 351.
Turmschädel (Herzog) 265 — (Küttner) 58.
Turnen (v. Baeyer und Winter) 188.
Typhus (Chapin) 215 — (Dutoit) 216.
Typhus beim Säugling (Péhu und Favre-Gilly) 139.
Typhus, Bazillen (Matthes und Rannenberg) 438 — im Liquor cerebrospinalis (Hannes) 218.
Typhus, Verbreitung durch Milch (Fischer) 204.
Typhus, Bazillenträger (Kalberlah) 458.
Typhus, Tuberkelbazillen im Blut (Ausset und Breton) 214.
Typhus, enzephalomeningeale Reaktion (Nobécourt und Mercier) 222.
Typhus, Myokarditis und Nebenniereninsuffizienz (Chasseray) 215, 216.
Typhus, akute Gallenblasenentzündung (Bittner) 26.
Typhus, meningeale Erscheinungen (Nobécourt und Mercier) 140.
Typhus, Myelitis (Renaut und Lévy) 223.
Typhus, Ösophagusstenose (Grant) 417.
Typhus, Prognose (Landsberger) 459.
Typhus, Behandlung und bakteriologische Diagnose (Jacob) 376.
Typhus, Therapie (Fellner) 458 — (Romberg) 377.

Typhus, Serumtherapie (Königsfeld) 439.
Typhus, Antigentherapie (Ditthorn und Schultz) 457.
Typhus, Bakteriotherapie (Guinon und Malarte) 218.
Typhus, intravenöse Injektionen von Albumosen (Lüdke) 456.
Typhus, Antityphusvakzination (Russell) 224.
Typhus, Vakzination (Litterer) 417 — Vakzinetherapie (Comby) 216.
Typhus, präventive Impfung (Aldershoff) 298 — (Ziersch) 458.
Typhus, Neosalvarsan (Jakob) 456.
Typhus, Tierblutkohle (Como) 434.
Typhus mit hämorrhagischer Diathese (Walko) 457.

Ulcus ventriculi (Commandeur) 242.
Ultraviolette Strahlen zur Abtötung der Bakterien der Milch (Ayers und Johnson jun.) 81.
Uneheliche, Entwicklung (Feldmann) 268 — Kriegsunterstützung (Klumker) 269, 331 — Kriegswaisen (Storck 270.
Unehelichkeit im Königreich Sachsen (Prenger) 189.
Uneheliche, finnländischer Gesetzentwurf (v. Bonsdorff) 267.
Uneheliche Mütter und Kinder in England (Neumann) 269.
Unterernährung (Prunier) 203 — (Weill-Hallé) 204 — und Infektion (Thomas) 203.
Unterkiefer, Tuberkulose (Perrot 229.
Unterricht der Hebamme in Säuglingsfürsorge (Jung) 268.
Unterricht in der Kinderheilkunde (Epstein) 191.
Unterricht in Pflege und Ernährung von Säuglingen (Henderson) 268.
Unterricht und Säuglingshygiene (La Fetra) 191.
Unterricht in Säuglingshygiene (Lapage) 191.
Unterricht in Säuglingspflege in Elementarschulen (Campbell) 271.
Ureter, Anomalie (Ochlecker) 248.
Ureter, Steine (Fischer) 247.
Urethra, totale Ruptur (Marion) 248.
Urethritis, gonorrhoische (Smith und Mc Kee) 249.
Urin, Milchsäure (Underhill und Steele) 203, 204.
Urobilin, Ausscheidung bei Scharlach (Gromski) 207.
Urotropin, Ausscheidung (Corica) 485.
Urtikaria, Therapie mit Adrenalin (Scholz) 258.
Uterus, angeborener Prolaps (v. Radwanska) 248.
Uterus bicornis unicollis (Kalmanowitsch) 211.
Uterus, Karzinom (Takahashi) 249.

Vagina, Flora (Schmidgall) 248.
Vagina, Übergang der Scheidenkeime auf das Kind während der Geburt (Noack) 248.
Vagina, durch Diphtheriebazillus hervorgerufene Prozesse (Kobrak) 219, 369.
Vagina, Vesikovaginalfistel (Rubin) 248.
Vagus, Affektion und Magenulkus (Lichtenberg) 311.
Vakzination (Göppert) 157 — (Paul) 497 — (Voigt) 497.
Vakzination, Erreger (Creeley) 128.
Vakzination, Impfschädigung (Göppert) 352.
Vakzination, Ekzemendemie (Bossart) 329, 351.
Vakzination, Diabetes (Eichhorst) 488.
Vakzination, Verwendung des Mastisols (Bittner) 59.
Vakzination in Bayern (Groth) 266.
Vakzination und Variola in Böhmen (Epstein) 59.
Vakzine, generalisierte (Beard) 266 — (Hegler) 352 — (Voigt) 266.
Vakzine, Hämatologie (Schatzmann) 224.
Vakzine, Wirkung der ultravioletten Strahlen (Friedberger und Mironesch) 4.
Vakzine, Züchtung reiner Pocken vakzine (Noguchi) 328.
Vakzinetherapie (Schröder) 196.
Vakzinetherapie der Diphtherieträger (Weil) 418.
Vakzinetherapie bei Furunkulose (Ribadeau-Dumas und Philippe) 156.

Vakzinetherapie der Gonorrhöe (Hamburger) 247, 352.
Vakzinetherapie des Keuchhustens (Hartshorn und Moeller) 141, 218 — (Hess) 141.
Vakzinetherapie bei Ophthalmia neonatorum (Cassoute und Roche) 259 — (Klebanski) 259.
Vakzinetherapie bei Otitis (Miller) 260.
Vakzinetherapie des Typhus (Comby) 216.
Vakzinetherapie bei Vulvovaginitis (Comby und Condat) 351.
Variola (Hanna) 218, 329.
Variola, Erreger (Creeley) 128.
Variola, Reinzüchtung des Pokkenerregers (Seiffert) 5.
Variola, Hämatologie (Schatzmann) 224.
Variola, kutane Allergie (Tièche) 294.
Variola und Impfung in Böhmen (Epstein) 59.
Variolavakzine (Unger) 377.
Varizellen beim Neugeborenen (Lereboullet und Mouricand) 220.
Varizellen, hämorrhagische und gangränöse (Storrie) 293.
Varizellen, Erreger (Creelay) 128.
Varizellen, kutane Allergie (Tiéche) 294.
Varizellen, nervöse Komplikationen (Miller und Davidson) 221, 293.
Varizellen, akute Appendizitis (Périer) 222.
Varizellen, Technik der Schutzimpfung (Kling) 142.
Vena cava sup., Mißbildung (Nützel) 265 — Entwicklungsanomalie (Schütz) 235.
Verdauung, Sekretion der Verdauungsdrüsen (Wolfsberg) 88.
Vincentsche Angina (Reiche) 369.
Viskosität der Milch (Kooper) 84.
Vitamine (Stirnimann) 449.
Volksernährung im Kriege (Langstein) 408.
Volvulus, mit Darmperforation (Poulsen) 47.
Vorhofscheidewand, Defekt (Paltauf) 265.
Vorhofsflimmern (Ehrenreich) 233.
Vulvovaginitis, Behandlung mit Gonokokkenvakzine (Comby und Condat) 27, 247, 351.
Vulvovaginitis, diphtherische (Schmincke) 62.
Vulvovaginitis, gonorrhoische (Ense) 247 — (Strassberg) 27 352.
Vulvovaginitis, Rektalgonorrhöe (Wolffenstein) 352.
Vulvovaginitis, Verhütung und Behandlung (Taussig) 140.

Wachstum (Gillet) 207 — (Grover) 441 — (Makower) 208 — (Mendel) 208.
Wachstum, bewußte Beeinflussung (Friedenthal) 207.
Wachstum, Hemmung (Osborne und Mendel) 209.
Wachstum bei natürlicher und künstlicher Ernährung (Variot und Fliniaux) 210.
Wachstum, Bedeutung der Zusammensetzung der Nahrung (Osborne und Mendel) 209.
Wachstum, Einfluß der Kost (Funk) 207.
Wachstum auf vitaminhaltiger und vitaminfreier Nahrung (Funk) 207.
Wachstum, Einfluß von Lebertran (Osborne und Mendel) 209.
Wachstum und Aminosäure (Osborne und Mendel) 209.
Wachstum, pränatales und postnatales (Robertson) 413.
Wachstum neugeborener Tiere bei längerdauernder Trennung von der säugenden Mutter (Brüning) 1.
Wachstum, Gesetze (Godin) 207.
Wage (Spicer) 413.
Wasser, Bedeutung für Konstitution (Lederer) 85.
Wasser, Stoffwechsel und exsudative Diathese (Lederer) 208.
Wassermannsche Reaktion (Brisson) 231 — (Cassoute) 193 — (Mensi) 232 — (Roddy) 470.
Wassermannsche Reaktion bei Neugeborenen (Lesser und Klages) 232.
Wassermannsche Reaktion. Technik (Blechmann) 193.
Wassermannsche Reaktion in der Säuglingsfürsorge (Epstein) 268.
Wassermansche Reaktion, Einfluß des Scharlachs (Jakobovics) 352.
Weichardtsche Reaktion (Stettner) 193.

Weilsche Krankheit (Cummings) 417.
Wirbelsäule, Anomalie der unteren Brustwirbelsäule (Gundermann) 263.
Wirbelsäule, respiratorische Deformitäten (Peltesohn) 264.
Wismutpillen bei Fluoroskopie (Hess) 434.
Wöchnerinnen, Arbeitsverbot (Bonnaire) 267.
Wortblindheit (Büttner) 251.

Yatren puriss. bei Diphtherie (Freund) 196.

Zahnkeim, kongenitalluetischer (Köhler) 232.
Zahnung (Comby) 259.
Zahnung, Zapfenzähne (Christ) 324.
Zahnung, Einfluß der Diät auf Zahnkaries (Fordyce und Gibbs) 200 — des Trinkwassers auf die Karies (Cook) 259.
Zahnung, Haarentwicklung und innere Sekretion (Josefson) 45.
Zahnung, Einfluß auf die Entwicklung der Nase (Landsberger) 259.
Zapfenzähne (Christ) 324.
Zehen, Mißbildung (Grinbarg) 264.
Zentralblatt für Psychologie und psychologische Pädagogik 190.
Zentralstelle für Kinderschutz und Jugendfürsorge in Wien (v. Pidoll) 403.
Zerealien in der Milchmodifikation (Cross) 414.
Zerebellum, beiderseitiger Mangel (Anton und Zingerle) 264,
Zerebellum, glioblastisches Sarkom (Borzekowska-Lewin) 251.
Zerebellum, Gliom (Batten) 251.
Zerebellum, Hypoplasie (Dietrich) 252.
Zerebrospinalflüssigkeit, Gefrierpunktserniedrigung und Kochsalzgehalt bei Nephritis (Maggiore) 248.
Zerebrospinalflüssigkeit, Goldchloridreaktion (Crulee und Moody) 276.
Zerebrospinalflüssigkeit, bakteriologische Untersuchung (Repaci) 229.
Zerebrospinalflüssigkeit, Verhalten bei älteren Heredosyphilitikern (Przedpelska) 232.
Zerebrospinalflüssigkeit bei Parotitis epidemica (Feiling) 297.
Zerebrospinalflüssigkeit, beim Tremor (Lo Re) 253.
Ziegenmilch (de Wift und Lohnes) 87 — Untersuchung (Sherman und Lohnes) 206 — Zusammensetzung (Stetter) 87 — (Storch) 87 — Schardingersche Reaktion (Wedemann) 12, 87.
Zirkulationsstörungen bei akuten Ernährungsstörungen (Czerny) 284.
Zirkumzision wegen Masturbation (Freeman) 247.
Zirrhose, kardio-tuberkulöse (de Stefano) 469.
Zökum, Zyste (Ball) 242.
Zona (Israileff) 258.
Zucker, Resorption und Blutzuckerspiegel (Bergmark) 135.
Zucker, Einfluß auf die Magensekretion (Sherman und Johnes) 210.
Zucker, Stoffwechsel beim Lymphatismus (Schirokaner) 14.
Zucker, Einfluß auf die Ausnutzung der Rohmilch (Variot und Monod) 206.
Zucker, hoher Gehalt der Nahrung (Variot und Lavialle) 204 — Verabreichung hoher Dosen (Nobécourt) 202.
Zucker, Pavy-Kumagava-Sutosche Bestimmung (Hatta) 84.
Zuckerdyspepsie, Haverschmidt) 185.
Zungenkauen (Myers) 318.
Zwerchsackhygrom an der Schulter (Lorenz) 58.
Zwergwuchs, halbseitiger chondrodystrophischer (Nathanson) 257.
Zwillinge, eineiige (Sobotta) 266 — serologisches Verhalten eineiiger (Schiff) 129.
Zwillinge, Entwicklung (Hauser-Exner) 276.
Zyanose, kongenitale (Campergue) 233 — (Pic, Dufour und Durand) 235 — (Grandjean) 234.
Zystenniere (Zarfl) 249.
Zystischer Tumor der glossoepiglottischen Furche (Abrand und Masson) 261.
Zystitis (Dienemann) 247.